

SANA LOUE

O PODER TRANSFORMATIVO DA METÁFORA EM TERAPIA

TEORIAS, VIVÊNCIAS E SUGESTÕES
PARA A PRÁTICA CLÍNICA





O Poder Transformativo da Metáfora em Terapia

Teorias, vivências e sugestões para a prática clínica

Sana Loue

Sana Loue é chefe do departamento de Bioética da Faculdade de Desenvolvimento e Diversidade na Escola de Medicina da Case Western Reserve University (EUA). Possui formação em Bem-estar Social, Direito, Educação Secundária, Psiquiatria, Saúde Pública, Epidemiologia, Administração Social, Saúde Mental e Antropologia Médica. Sua área de pesquisa inclui risco e prevenção de contágio por HIV, violência familiar em comunidades marginalizadas e em pessoas com doenças mentais, epidemiologia forense, doenças mentais e questões éticas na pesquisa com vulneráveis.

Sana Loue vem trabalhando há muitos anos com a metáfora no tratamento de transtornos mentais, tais como esquizofrenia, depressão e bipolaridade. Percebeu que, de maneira geral, o uso da metáfora ajuda o paciente/cliente a identificar e perceber diferentes aspectos de sua personalidade, a examinar relacionamentos e dinâmicas interpessoais e a estabelecer metas. Neste livro, apresenta dez metáforas extraídas de trabalhos vivenciados com alguns pacientes/clientes, a teoria subjacente e sugestões sobre como desenvolver e aplicar outras metáforas na prática clínica.

A metáfora é uma forma simbólica de designar determinado objeto ou qualidade, o que, no trabalho de terapia ou aconselhamento, se mostra bastante interessante por proporcionar certo distanciamento do problema a ser tratado e oferecer ao paciente uma sensação de controle e ao mesmo tempo de incentivo e apoio à sua mudança e progresso.

Nota Da Autora

Este livro representa uma compilação de alguns momentos da vida dos indivíduos nele mencionados, pois trabalhamos juntos para entender onde haviam estado, quem eram, quem desejavam ser e onde gostariam de estar.

Há muito da minha própria história naqueles momentos em que nossas jornadas se encontraram. Minha vida também seguiu por trilhas tortuosas e significativas, uma tapeçaria de texturas e cores de variados tons e intensidades.

Minha formação acadêmica está focada no bem-estar social. Embora, Inicialmente, estivesse mais interessada em trabalhar com pessoas, logo me desiludi com a política e a burocracia que faziam parte integrante dos órgãos públicos e do sistema judiciário norte-americano. Foi uma época de muitos esforços para aprovar a Emenda da Igualdade de Direitos¹,* quando juízes, legisladores e até mesmo funcionários públicos expulsavam, impunemente, as mulheres de seus escritórios e gabinetes pela ousadia de usarem calças.

A organização comunitária adequava-se tanto ao meu temperamento quanto à minha necessidade de resultados visíveis pelas horas de trabalho e esforço. A solução foi a faculdade de Direito.

Tive sorte e encontrei meu lugar estudando as leis de imigração e, nos anos seguintes, dediquei-me ao direito dos portadores de HIV. Realizei minha vontade de trabalhar diretamente com pessoas, usar as diversas línguas que havia estudado, aprender outras culturas e outras maneiras de ser. Num esforço de construir uma base mais sólida para os casos sob minha responsabilidade, e deixar de achar que meu mundo e/ou eu estávamos muito limitados, voltei para a faculdade e fiz mestrado em Saúde Pública.

A emoção daquela experiência me levou ao doutorado em Epidemiologia. Senti, então, que eu poderia integrar todos os meus interesses e desejos trabalhando diretamente com as comunidades. Segui em frente para assumir um cargo como docente na Case Western Reserve University, onde estou até hoje. Como parte do meu programa de doutorado, realizei um estudo específico de

análise de dados quantitativos. Pensei, então, que havia completado minha formação acadêmica.

Estava errada. Eu queria mais. Há um velho ditado que diz, "quanto mais se aprende, menos se sabe". Alguns anos depois de ter assumido a docência, ficou claro para mim que eu não tinha embasamento teórico para examinar o contexto cultural dos riscos e prevenção das doenças, nem habilidade para analisar os dados das entrevistas (análise qualitativa). Graças aos benefícios oferecidos aos professores e à qualidade da Universidade, felizmente obtive o PhD em Antropologia Médica para adquirir essas competências.

Durante todos esses anos, continuei trabalhando com as mesmas pessoas com as quais havia trabalhado como advogada - indivíduos em extrema pobreza, que não falavam inglês, sofrendo com doenças terminais, como câncer e AIDS; pessoas marcadas por alucinações assustadoras, resultado de suas doenças mentais; homens e mulheres que haviam sido torturados em seus países de origem, pelos militares, pela oposição, ou por ambos. Como advogada, representei muitos imigrantes ilegais durante interrogatórios em processos de deportação, defendendo-os contra suas remoções dos Estados Unidos. Para os que estavam morrendo, preparei testamentos e procurações.

Como membro do corpo docente, continuei trabalhando com essas mesmas comunidades, mas de uma forma diferente. Tenho o privilégio de ser bem-vinda em suas comunidades e em suas casas, para que possa saber do que precisam para terem mais saúde.

Foi com o meu trabalho como pesquisadora nessas comunidades marginalizadas que consegui perceber a necessidade de trabalhar com indivíduos e comunidades de um nível ainda mais baixo e expandir minha compreensão sobre esse outro mundo, visto através de seus olhos. Voltei mais uma vez à academia, para completar o mestrado em Serviço Social.

Meu campo de trabalho permitiu que eu continuasse com as mesmas comunidades e indivíduos, ainda que em outra dimensão. Embora diversas experiências, como advogada e pesquisadora, tenham fornecido um bom material para este livro, foi, em última análise, com essas vivências que consegui compor este livro, e as experiências continuam indicando a direção para as minhas pesquisas e interações com tais comunidades.

Tenho tido muita sorte em minha jornada. Tenho estudado e trabalhado com pessoas surpreendentemente brilhantes, e aprendido muito com elas. Outras

peçoas, ainda, têm me proporcionado o privilégio de sua confiança e compartilhado comigo suas mais íntimas emoções e experiências, esforçando-se para darem sentido às suas vidas e ao mundo que as rodeia. Com cada uma tenho aprendido muito sobre elas, sobre a inter-relação de nossas realidades e sobre eu mesma.

Minha esperança é que este livro ofereça a você a oportunidade de ver outros mundos, e o seu, com novos olhos.

Introdução: Espionando Pela Janela: Por Que Usar A Metáfora?

Você pode se perguntar por que a metáfora é relevante para a terapia e o aconselhamento?

Um terapeuta experiente sabe da necessidade de ter diversas abordagens em seu trabalho com os pacientes. O que dá certo para um pode não funcionar com o próximo. Sabe também que é difícil medir mudança e progresso; algumas vezes o paciente pode "sentir" que alguma coisa está diferente do que antes, quando foi procurá-lo, mas talvez não consiga identificar que diferença é essa.

A metáfora dá ao terapeuta uma ferramenta diferente para ser usada com os pacientes. É uma forma de permitir a avaliação sobre onde estão, aonde querem chegar com a terapia e a distância que precisam percorrer em busca de suas questões terapêuticas. E, à medida que os pacientes vão tendo insights, começam a compreender o poder transformativo da metáfora e como isso pode ajudá-los em suas vidas, mesmo depois de terem deixado o aconselhamento. É muito gratificante perceber que o conhecimento que um paciente adquiriu no aconselhamento continuará sendo útil a ele.

O Dicionário Americano Heritage da Língua Inglesa [2000, p. 1104] define a palavra "metáfora" como uma "figura de linguagem com a qual uma palavra ou frase, que originalmente designa uma coisa, é usada para designar outra, fazendo assim uma comparação implícita" e "uma coisa concebida como representação de outra, um símbolo"². * Como exemplo, um rio que percorre vales e montanhas e deságua no oceano pode ser equivalente ao curso de uma vida, que passa por várias dificuldades e obstáculos antes de atingir a felicidade, o nirvana, ou adentrar no Reino de Deus, conforme a crença da pessoa.

Algumas metáforas também podem ser entendidas como parábolas, histórias curtas que ensinam um princípio moral. As metáforas têm muitas semelhanças com as parábolas e histórias. Todas são tradições antigas que incentivam a

criatividade, a conexão com os outros, o encorajamento de sonhos que talvez ainda nem tenham sido verbalizados. As fábulas de Esopo, por exemplo, são na verdade histórias que oferecem lições de moral para aquele que as ouve.

Muitos princípios religiosos transmitem suas sabedorias pelo uso de histórias, parábolas, e metáforas. O Talmud, que existe há mais de 2500 anos, é um compêndio da lei e da vida Judaica, designado como "uma enciclopédia da vida Judaica" (Bleefeld Et Shook, 1998, p. 2). A parte do Talmud conhecida como Aggadah contém parábolas, histórias, e sermões que explicam a lei.

O Cristianismo, da mesma forma, baseia-se em histórias, parábolas, e metáforas. A maioria dos ensinamentos de Jesus foi comunicada através de parábolas e metáforas (Stein, 1994), conforme ilustrado abaixo³:

Eu sou a videira e vós, os ramos. Aquele que permanece em mim, como eu nele, esse dá muito fruto; pois sem mim, nada podeis fazer (João 15,5).

Eu sou o pão que desceu do céu (João 6,41).

Eu sou o pão vivo que desceu do céu. Quem come deste pão viverá eternamente. E o pão que eu darei é a minha carne, entregue pela vida do mundo (João 6,51).

Diz-se que o uso de parábolas por Jesus foi eficaz como ferramenta de ensino, porque ele as usou "para apresentar situações familiares aos pobres e mais simples" (Herzog, 1994, p. 27).

As metáforas contidas neste trabalho são o resultado das experiências de um grande número de indivíduos, e todas elas pretendem estimular o pensamento. Algumas podem ajudar o paciente a identificar e perceber diferentes aspectos de sua personalidade. Outras são mais adequadas para a tarefa de examinar relacionamentos e dinâmicas interpessoais ou para estabelecer metas.

No contexto do aconselhamento, é o paciente que adapta a história à metáfora e é quem determina, se houver, o conhecimento a ser adquirido com a história que foi contada. O uso da metáfora deve-se ao pressuposto de que, como as ilusões não podem ser destruídas diretamente (Kierkegaard, 1950), a melhor maneira de incentivar e apoiar a mudança e o progresso é através de histórias e parábolas (cf Denning, 2005). Assim como o comprimido desce melhor com água, o uso da metáfora ajuda os pacientes a tolerar o dissabor que podem vivenciar em suas jornadas rumo ao autoconhecimento. Cria-se um espaço seguro no qual o paciente pode desenvolver sua própria identidade, algumas vezes incorporada à história, usando a metáfora como referência. A metáfora oferece a oportunidade de o paciente pintar uma imagem de si mesmo, como um artista com a paleta na mão, ou como o escritor, diretor ou produtor

de uma peça, que determinam o início, o enredo e o esperado fim de seu drama. Maguire observa que a importância de se contar histórias para as crianças é tão relevante quanto o uso da metáfora para os adultos:

A narração de histórias oferece mais espaço às crianças para trabalharem seus sonhos e confrontarem simbolicamente suas incontáveis oportunidades e dificuldades. Isso oferece a elas ferramentas - imagens e palavras - que são usadas para testar seus poderes de intuir e julgar; e os tópicos vão sendo introduzidos cuidadosamente e podem ser discutidos abertamente depois, fora do maravilhoso mundo dos contos de fadas (Maguire, 1985, p. 20).

Como o uso da metáfora no aconselhamento sempre leva o paciente a formular uma história, alguns leitores acham que o uso da metáfora é a terapia narrativa com outro nome. Embora a metáfora possa ser usada em conjunto com a terapia narrativa, as abordagens são diferentes. Na terapia narrativa, o uso da metáfora permite que o paciente exteriorize qualquer pensamento como sendo "o problema", e construa uma história de parte ou de toda a sua vida. No contexto da terapia narrativa, o paciente pode usar metáforas para descrever seu problema ou sua vida; essas metáforas originam-se com o paciente. Ao contrário, o uso da metáfora, conforme descrito neste texto, envolve a identificação do objeto pelo conselheiro e um convite para que o paciente use aquele objeto para descrever alguma situação de sua vida, presente ou passada.

Esta abordagem é vantajosa em diversos aspectos. Primeiro, embora o terapeuta proponha determinada metáfora para o paciente, a maneira como esse paciente irá usá-la dependerá inteiramente de suas possibilidades. Isso ajuda o terapeuta a trabalhar com o paciente numa posição de neutralidade. Segundo, a proposta do terapeuta de uma nova linguagem em forma de metáfora serve como um convite indireto à mudança do paciente:

Falar não é algo neutro ou passivo. Sempre que falamos, trazemos junto a realidade... O importante para o psicoterapeuta é que a mudança, que pode ser de crença, de relacionamento, de sentimento, ou de conceito de self, envolva mudança na linguagem (Freedman Et Combs, 1996, p. 29).

Oferecendo a metáfora, damos ao paciente a permissão, a oportunidade, e o meio para uma mudança em potencial.

Durante anos, usei cada uma das dez metáforas descritas neste volume na minha supervisão no Serviço Social. (Quero mencionar aqui, novamente, meu apreço a meus consultores, Zane Jennings e Kathy Overmeier-Gant, por aceitarem estas ideias). Todos os pacientes citados neste texto haviam sido diagnosticados com doenças mentais sérias e persistentes, incluindo

esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão maior, e distímia. Alguns desses pacientes haviam recebido diagnósticos de transtornos pelo uso recorrente de substâncias, transtorno de personalidade borderline, e/ou condições físicas crônicas, como diabetes, fibromialgia e síndrome do intestino irritável. Os pacientes, homens e mulheres, tinham entre 18 e pouco mais de 70 anos, alguns com convênio médico e outros sem, alguns autodefinidos como brancos e outros como pertencentes a outras etnias, alguns falavam inglês e outros não, indivíduos crentes e ateus, de diversas identidades e orientações sexuais, alguns empregados e outros desempregados, com e sem recursos emocionais e financeiros disponíveis.

O uso da metáfora em aconselhamento não foi testado empiricamente em estudo científico, pelo que eu sei. Contudo, parece ser benéfico tanto para trabalhos individuais quanto em grupo. Pacientes e alunos têm voltado anos depois de termos tido contato e me perguntam se eu me lembro deles, citando alguma metáfora e como ela foi usada, reforçando, uma vez mais, o poder que a metáfora tem de revelar a eles as dimensões ocultas de suas vidas.

Capítulo 1.

Sopa De Letrinhas:

Desenvolvendo Uma Autoimagem Positiva

Desenvolvendo A Autoestima

Como sabemos quem somos? As ideias sobre como conhecemos a nós mesmos vêm do trabalho de William James, um psicólogo americano do século XIX. James fez a distinção entre o "eu", que seria o observador ativo e conhecedor da experiência, e o "si mesmo", ou conhecimento que se tem de self (James, 1892/1968). O "eu" também é conhecido como self fenomenal, e o "si mesmo" como o próprio conceito de self (Harter, 1988). Como o "eu" é muito difícil de ser percebido e avaliado, muitas pesquisas têm focado no desenvolvimento do "si mesmo".

O termo conceito de self refere-se aos conhecimentos que os indivíduos têm deles mesmos, que podem ser pensados como o componente cognitivo do self. Deve ser diferenciado do conceito de autoestima, ou do que os indivíduos sentem a respeito de si próprios; que é o componente afetivo do self. O desenvolvimento do conceito de self e da autoestima e o uso da metáfora no trabalho com indivíduos em torno destas questões serão o foco deste capítulo.

Acredita-se que o sentido que temos de nós mesmos resulte da nossa avaliação do feedback que recebemos dos outros (Cooley, 1902) e que integramos a valores e expectativas da sociedade a respeito da nossa percepção de nós mesmos (Mead, 1934). Isso ocorre através do processo cognitivo de informações que recebemos. Os indivíduos processam as informações organizando-as em esquemas - que são essencialmente estruturas usadas para entender o mundo a sua volta e suas próprias experiências - adicionando novas informações por assimilação aos esquemas existentes; adaptando-as pela modificação dos esquemas existentes ou a construção de novos; e buscando manter a estabilidade cognitiva, conhecida como equilíbrio (Singer et Revenson, 1996). O conceito de equilíbrio é similar ao conceito

biológico de homeostase, ou seja, a manutenção de um estado. A capacidade de uma pessoa conhecer a si mesma depende do processo de maturação do cérebro e do sistema nervoso, que é geneticamente determinado; das experiências do indivíduo no mundo físico; e das interações com outros indivíduos (Markus et Nurius, 1986). A complexa compreensão do self torna-se possível com o desenvolvimento cognitivo cada vez mais avançado (Labouvie-Vief, Chiodo, Goguen, Diehl, et Orwoll, 1995).

Pesquisadores sugerem que o conceito de self é estável e bastante resistente à mudança, uma vez que esteja formado. A estabilidade do conceito de self tem sido explicada como o resultado da necessidade de reduzir a ambiguidade o mais rapidamente possível (urgência cognitiva) e manter o fechamento cognitivo [permanência cognitivo) (Kruglanski & Webster, 1996). Uma informação coerente com o esquema existente pode ser reconhecida e aceita mais facilmente, enquanto uma informação incoerente é mais provável que seja ignorada (Stangor & Ruble, 1989). Os indivíduos que desenvolveram um conceito de self empobrecido podem ignorar todas as informações que conflitem com o seu conceito de self negativo existente. Por exemplo, indivíduos que pensam a respeito de si mesmos como fracassados, por causa de constantes feedbacks negativos que receberam durante a vida, talvez não consigam perceber seus próprios sucessos. Da mesma forma, indivíduos que tenham um conceito de self irrealisticamente inflado podem ficar relutantes ou nem desejarem ouvir que a melhora pode ser possível, reagindo de forma defensiva diante de tais sugestões.

Como demonstrado, a autoestima pode ser pensada como os sentimentos que o indivíduo tem por ele mesmo e sua autoavaliação junto ao continuum negativo-positivo. É a avaliação que o "eu" faz do "si mesmo" no continuum mau-bom. Indivíduos que têm autoestima alta são aqueles capazes de se avaliarem realisticamente, aceitando e respeitando a si mesmos e decidindo que têm seus próprios valores (Berk, 1991).

Acredita-se que a autoestima seja "a exigência mais importante para um comportamento eficaz" (Coopersmith, 1967, p. 218). Afirmar-se que a autoestima alta tem sido associada com a boa saúde física e mental (Antonucci & Jackson, 1983; Harter, 1988). Uma pesquisa descobriu que a autoestima alta protege o indivíduo de sentimentos de ansiedade (Greenberg et al., 1992; Greenberg, Pyszczynski, Solomon, Pinei, Simon et Jordan, 1993; Pyszczynski,

Greenberg, Solomon, Arndt Et Schimel, 2004) e o motivo a ter comportamentos favoráveis e de autoproteção (Greenwald, 1988).

Durante a infância, os indivíduos desenvolvem uma avaliação sobre eles mesmos em diferentes áreas, como esportes, relacionamento com amigos ou desempenho acadêmico. Na meia infância, entre 6 e 12 anos, essas diferentes avaliações são integradas em uma síntese de autoavaliação ou autoestima global. A autoestima dos indivíduos é ampliada quando adquirem novas habilidades e participam de novas experiências, que são usadas como base para outras autoavaliações. Os indivíduos obtêm sua autoestima a partir do valor que os outros lhes atribuem (Cooley, 1902), principalmente quando são pessoas importantes em suas vidas, tais como os pais e outros membros da família (Demo, Small G Savin-Williams, 1987; Rosenberg, 1979; Ross Et Broh, 2000; Schwalbe Et Staples, 1991). A autoestima pode ser considerada, em última análise, como o grau de compatibilidade do conceito de self do indivíduo com o seu self idealizado, em outras palavras, com aquilo que ele gostaria de ser (Atchey, 1982).

Muitos indivíduos que sofrem de doenças mentais têm o conceito de self e a autoestima empobrecidos, causando impacto em seus comportamentos. Uma análise de como os indivíduos mentalmente doentes são frequentemente vistos pelos outros e a natureza do feedback que recebem é importante para compreender se seria esse o caso.

Muitos indivíduos diagnosticados com doenças mentais, sob o ponto de vista daqueles com quem convivem, deixam de ser indivíduos com uma doença e tornam-se, em vez disso, a doença em si tudo aquilo que a rotula. Como exemplo, um indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia pode deixar de ser visto pelos outros como um indivíduo com esquizofrenia e tornar-se, ao invés disso, um esquizofrênico, com sua importância repudiada e diminuída.

Como resultado dessa "marca" ou estigma (Jones, Farina, Hastorf, Markus, Millar Et Scott, 1984), as pessoas distanciam-se do indivíduo, deixando de ter conversas "normais" com ele, isolando e marginalizando-o (Laing, 1960,1961; Launer, 1999). O indivíduo "marcado" pode, como consequência, sentir-se rejeitado, solitário e depressivo (World Health Organization, 2001), redefinindo-se dessa forma para estar em conformidade com a definição inerente ao tratamento que recebe dos outros, ou afastar-se ainda mais (Goffman, 1963; Scheff, 1984). Uma mulher com o diagnóstico de transtorno bipolar escreveu:

A doença mental interfere na forma como você se define, no instante em que ela entra em sua vida. Vivi dezessete anos e meio antes de esse episódio horrível acontecer comigo. Dezessete anos e meio querendo saber por que eu nunca me sentia bem em lugar nenhum. Nem na minha casa, nem nas escolas, nem nas turminhas, nem com meus namorados. Será que essa doença mental explica tudo o que sempre aconteceu comigo? (Simon, 2002, p. 27).

Os indivíduos podem, então, se comportar da maneira como acreditam que seja coerente com o tratamento que recebem dos outros e as expectativas deles (Becker, 1963; Kitsuse, 1962; Link, Struening, Cullen, Shrout Et Dohrenwend, 1989; Scheff, 1984). Podem agir de forma "louca" ou responder a situações de tal maneira que os levem ao fracasso e/ou à rejeição, quem sabe até mesmo sem perceber que estão agindo assim.

Não significa, com isso, que o desenvolvimento e a confiança no diagnóstico sejam desaconselhados. Muitos benefícios podem advir da identificação de uma doença que tem sua raiz na Biologia, incluindo maior acesso aos tratamentos disponíveis, uma ampla variedade de benefícios de intervenções terapêuticas e mobilização dos membros da família e da comunidade que podem fornecer um apoio maior (Carrey, 2007). Entretanto, frequentemente, o indivíduo pode adotar para si essa identidade "doente", em conjunto com as características negativas e ameaçadoras muitas vezes atribuídas a esses diagnósticos: volatilidade, instabilidade, incompetência, irresponsabilidade, violência, imprevisibilidade. Não é de se surpreender que, no momento em que os indivíduos chegam ao aconselhamento, frequentemente assumem uma postura de fracasso e são incapazes de apontar qualquer qualidade positiva que, por ventura, tenham. Outras consequências negativas podem se somar, tais como: evitar buscar ajuda, resistência em tomar a medicação prescrita, persistência de sintomas depressivos (Chesney Et Smith, 1999; Dinos, Stevens, Serfaty, Weich Et King, 2001; Goffman, 1963; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen Et Phelan, 2001; Link, Struening, Rahav, Phelan Et Nuttbrock, 1997; Roberts, 2005).

Como visto, no entanto, essa identidade de pessoa doente não existe sem motivo. Os indivíduos não evocam do nada uma imagem deles mesmos, mas como o resultado da interação com as pessoas com as quais convivem (Goffman, 1963; Scheff, 1984). Primeiro, a história que um membro da família do paciente conta sobre ele não existe sem a influência do meio. Desequilíbrios da dinâmica familiar - se admitidos como premissa idade, sexo, orientação sexual, cor, poder aquisitivo e outros fatores - são influenciados por fortes

desequilíbrios numa cultura maior (Reiss, 1985). Segundo, a história que os pacientes contam sobre eles mesmos está diretamente ligada à história contada a respeito deles por outros, e a história contada a eles sobre eles próprios por outros. Porém, sem saber, eles são coautores de suas próprias histórias, com pessoas de dentro ou de fora de suas famílias. Como um estudioso observou, "a história da minha vida está sempre incorporada na história das comunidades das quais derivam minha identidade... A posse de uma identidade histórica e a posse da identidade social coincidem.." (Macintyre, 1981, p. 221).

Alguns indivíduos possuem características adicionais, como a cor da pele ou a orientação sexual, que os "marcam" ainda mais. Em tais casos, a intensidade de seus estigmas e consequente marginalização podem ser agravadas (Capitanio Et Herek, 1999; Herek Et Capitanio, 1999; Reidpath Et Chan, 2005).

A Sopa De Letrinhas

Muitas vezes é solicitado aos indivíduos que vêm para o aconselhamento que relatem suas experiências e expliquem por que optaram por buscar ajuda naquele momento em particular. Não é incomum os indivíduos com doença mental crônica dizer que buscaram ajuda devido às dificuldades atuais ou recorrentes no trabalho ou em casa, ou como condição de liberdade. Frequentemente, a narração de suas experiências é desprovida de qualquer emoção ou insight, pois é um script previamente formulado, verbalizado repetidamente e talvez até mesmo já vivenciado algumas vezes. Os formulários que são preenchidos para a admissão podem fornecer ao profissional informações importantes para fins de plano de saúde, mas muitas vezes falham em desenvolver as habilidades autoavaliativas do paciente.

Tenho usado a metáfora da sopa de letrinhas como um mecanismo para conhecer tanto as experiências de vida do paciente quanto seu conceito de self e nível de autoestima. O paciente e eu visualizamos juntos o que sentimos diante de uma grande tigela de sopa de letrinhas. Muito frequentemente, o paciente descreve o sentimento de calor que vem da sopa, não apenas o calor físico, mas também o calor emocional, a sensação de ser cuidado. Peço então ao paciente que imagine que cada letra do alfabeto, naquela sopa quente e

maravilhosa, identifique uma qualidade positiva que ele tem e o convido a compartilhar comigo uma lista dessas qualidades positivas.

Para fazer isso, peço que anote cada letra do alfabeto em uma linha da folha do caderno e, então, escolha para cada letra uma palavra que acredita descrever quem ele é. Depois falamos sobre cada qualidade, o que cada uma significa, como ele a usou no passado e o significado que atribuiu ao seu uso. Cada experiência que o paciente relata, em conjunto com a qualidade escolhida, permite que eu conheça: eventos significativos de sua vida; suas estratégias diante de diversas situações; suas percepções do significado daqueles eventos e a eficácia de suas respostas a eles; a avaliação que faz de si próprio como um ator em relação aos outros.

Essa abordagem é menos estruturada do que uma história cronológica formal, mas é menos ameaçadora para o paciente. Descobri também que, como essa estratégia requer que os pacientes vinculem as descrições dos eventos a suas próprias qualidades, eles têm maior oportunidade de reflexão e podem desenvolver maior nível de consciência. A identificação de qualidades positivas usadas com sucesso pode servir como trampolim para a melhora de seu conceito de self e o aumento de sua autoestima, qualquer que seja o nível existente naquele momento. Os estudos de caso que seguem indicam como essa metáfora pode ser usada no trabalho com os pacientes.

Usando A História

José (nome fictício), tinha 40 anos de idade e lutava com múltiplas "marcas" de esquizofrenia e homossexualidade quando nos encontramos pela primeira vez. Ele tinha sido diagnosticado com esquizofrenia havia dois anos. Antes do aparecimento dos sintomas da doença - que incluíam alucinações auditivas assustadoras, surtos de ansiedade e paranoia grave e uma incapacidade de sentir qualquer outra coisa que não fosse medo - ele havia sido professor de ensino fundamental e médio para adultos durante muitos anos e mantido um longo relacionamento com o mesmo parceiro sexual por quase duas décadas. José terminou o relacionamento ao descobrir que seu parceiro havia sido infiel diversas vezes e pelo risco de contrair o HIV em virtude do comportamento dele.

O agravamento progressivo da doença de José resultou na perda do emprego, da renda e do plano de saúde e, finalmente, a falência. Ele havia morado em uma cidade grande a maior parte de sua vida adulta, mas, sem conseguir se manter por mais tempo, foi morar com o pai e a madrasta em uma pequena comunidade rural no centro-oeste, conhecida pelo fundamentalismo religioso e política conservadora, muitas vezes lembrada pelos moradores urbanos daquele estado como "sentinela" do país. O pai o "aceitou" em casa sem assumir qualquer responsabilidade sobre o filho, e deixando claro que "um homem de verdade" conseguiria se manter "de pé" sem necessidade de medicamentos.

Depois de um ano com seu pai, José mudou-se para um apartamento subsidiado pelo governo. Embora estivesse seguindo fielmente a prescrição médica há diversos meses, na época em que tivemos nosso encontro, ele continuava tendo alucinações auditivas e severos surtos de paranoia e ansiedade.

José sentia que sua vida naquele momento, segundo suas palavras, era "uma piada", e ele, um fracasso completo e absoluto. Todos os moradores do prédio haviam sido diagnosticados com doenças mentais severas; portanto, disse, ele morava na "Casa dos Perturbados", indicando com isso outra confirmação de sua incompetência. Embora ele tivesse se assumido como gay desde muito cedo, sentia que agora deveria procurar ajuda junto a um grupo de homossexuais que buscam retomar a heterossexualidade. Sua esquizofrenia, ele acreditava, era uma punição de Deus por ser gay, essa coisa horrível.

Na época desse encontro inicial, José havia internalizado a homofobia. O termo homofobia é usado para se referir à aversão aos gays (incluindo gays, lésbicas, transexuais e bissexuais), ao preconceito e à discriminação que existe "lá fora", no mundo externo (Russell, 2007). Em contrapartida, "a homofobia internalizada" é interpretada como a que reside dentro dos indivíduos. No entanto, uma não existe sem a outra; ninguém consegue internalizar a homofobia a menos que ela exista fora de si.

A tarefa prioritária era ajudar José não apenas a contar sua história, mas contá-la de tal forma que ele pudesse recordar aspectos positivos de sua vida e de si próprio, um processo a que White (2007) se referiu como "coautoria da história de alguém". Utilizei, então, a metáfora da sopa de letrinhas com José.

José compilou uma lista de atribuições positivas. O uso da metáfora da sopa de letrinhas permitiu a ele exteriorizar a discussão e começar a examinar suas qualidades positivas sem precisar aceitá-las imediatamente como suas, algo que era improvável conseguir fazer, tendo em vista as conclusões negativas de identidade que havia tirado de suas experiências de vida e do pouco valor que os outros haviam dado a ele. José escreveu:

Amável
Bondoso
Constante
Delicado
Efusivo
Fiel
Generoso
Hábil
Imaginativo
Jovial
Kind (Gentil)
Ladino
Maleável
Namorado
Observador
Perspicaz
Questionador
Realista
Sadio
Teimoso
Último
Valente
Wakeful (Esperto)
Xereta
Youthful (Juvenil)
Zangado

Pedi a José que explicasse como cada uma dessas qualidades se aplicava a ele e desse um exemplo de algum evento ou fato em sua vida que refletisse cada qualidade que ele havia listado. Passamos pelas palavras da lista de José na ordem escolhida por ele, independentemente da ordem alfabética. Isso possibilitou a José maior controle sobre seu processo e nível de vulnerabilidade. Enquanto ele focava em cada qualidade, eu colocava uma

série de perguntas de modo a facilitar a reflexão e compreensão de si mesmo. Por exemplo, quando José falou sobre ser "imaginativo", pedi a ele que me desse um exemplo de uma situação em que havia sido imaginativo e explicasse as circunstâncias que originaram aquela situação. Ele me contou que era imaginativo quando comunicava suas ideias aos seus alunos, assim eles podiam entender mais facilmente e integrar vários conceitos. Prossegui a discussão com outras questões tais como:

- *Ter sido imaginativo com seus alunos diz mais alguma coisa sobre você?*
- *Você ainda é imaginativo? Da mesma forma ou diferente?*
- *Como você descobriu que era imaginativo?*
- *Como os seus alunos reagem?*

Da mesma forma, quando chegamos na palavra "constante", José descreveu seu relacionamento com um amigo, amizade iniciada antes do curso fundamental, havia mais de um quarto de século, e seu esforço para manter o relacionamento apesar das muitas mudanças na vida dos dois. Acompanhei suas revelações com outras "questões significativas" (Freedman Et Combs, 1993), delineadas para compreender o significado e a importância dessa qualidade e suas manifestações para José:

- *O que esse relacionamento tão longo diz sobre você?*
- *Você age assim em todos os seus relacionamentos? Como você decide com quem se comprometerá?*
- *Esta mesma qualidade é perceptível em outras áreas da sua vida? De que forma?*
- *Existe algum momento em que não seja bom ter esta qualidade? Em que situações?*

Enquanto progredíamos na lista de José, ele foi gradualmente sendo capaz de perceber suas realizações, assumi-las e redefinir-se como alguém melhor do que um "fracassado", "uma piada", ou um "esquizofrênico".

A quantidade de peculiaridades que José listou refletiu não apenas qualidades que ele percebeu como positivas, mas também sintomas de sua doença e seu impacto no momento. Assim, a lista forneceu pistas a questões (que poderiam exigir atenção no contexto do nosso trabalho em conjunto. Por exemplo, José havia dito que ser "maleável" era um traço positivo porque refletia flexibilidade e a habilidade de lidar até mesmo com mudanças drásticas em sua vida, mesmo aquelas sobre as quais não tinha controle. Além disso, esse traço também vinha associado com a esquizofrenia: ambivalência ou inabilidade de tomar decisão. José era, de fato, flexível em suas relações

com os outros, mas estava também se deixando levar facilmente por situações que poderiam prejudicá-lo, incluindo encontros amorosos sem compromisso.

O uso que José fez dessa palavra e a consequente interpretação da qualidade em sua vida nos permitiu identificar e explorar as diferenças entre as situações que demandam flexibilidade, as situações em que a flexibilidade seria desejável, mas não necessária, e aquelas em que a flexibilidade poderia deixá-lo vulnerável a atos de abuso ou traição. José explicou a necessidade de ser flexível em sua definição de responsabilidade no trabalho, para que pudesse contribuir como membro da equipe. Ele poderia ser flexível ao decidir em qual restaurante jantaria com os amigos. No entanto, "flexibilidade" no contexto de um novo envolvimento amoroso não se aplicaria, porque nesse caso entraria em contradição com aquilo que envolve o compromisso entre duas pessoas.

José ainda luta com sentimentos de baixa autoestima e desvalorização de si mesmo quando está diante de acontecimentos que saem de seu controle. Na maioria das vezes, no entanto, ele consegue manter uma visão mais equilibrada de si mesmo como pessoa e de suas realizações.

Usei também a metáfora da sopa de letrinhas com João, que no início não conseguia identificar nenhuma qualidade positiva em si mesmo. Ele me conhecia por causa das minhas atividades voltadas a jovens adultos no centro comunitário, mas me procurou para aconselhamento naquele momento por ter recebido indicação de outro rapaz com quem eu já havia trabalhado. Mas, para ele, terapia significava fraqueza. João tinha muito medo de que a imagem de alguém desafiador e obstinado, construída com tanto cuidado, assim como a reputação de ser capaz de resolver qualquer problema ficasse diminuída aos olhos dos outros se soubessem que ele estava fazendo terapia, podendo se tornar alvo de alguma agressão. Seu medo estava, em grande parte, baseado na realidade; três rapazes de sua comunidade, negros como ele, haviam sido assassinados seis meses depois de terem iniciado consultas terapêuticas.

Apesar do medo das prováveis consequências de sua terapia se tornar conhecida, João iniciou seu trabalho comigo porque, como disse, estava "cansado de se sentir deprimido". João foi revelando gradualmente detalhes de sua vida. Ele tinha três irmãos, cada um de pai diferente. Foi criado por sua avó, pois sua mãe o abandonara quando ele era criança, mudando-se para o sul do Estado com os outros três filhos. A constelação de sua família incluía, além da avó, vários primos e primas, um tio - irmão de sua mãe -, uma tia e,

finalmente, o namorado de sua avó. Embora a avó ainda fosse casada, seu marido, o avô de João, raramente aparecia e ninguém sabia por onde ele andava.

João foi estuprado pelo tio quando tinha 9 ou 10 anos. Alguns anos depois, foi abusado sexualmente por um de seus primos mais velhos. Sentia-se culpado porque, diferentemente do episódio com o tio, ele havia desfrutado desses encontros sexuais com o primo. A família acabou sabendo dessas atividades sexuais e João ficou conhecido como "bicha". Já adolescente, ao visitar sua mãe e seus irmãos, foi acusado por ela de ter molestado o irmão mais novo, o que ele negou veementemente. Sua mãe não acreditou e bateu nele com um cano, machucando tanto o seu braço que foi preciso procurar socorro médico, usando a desculpa de que ele "havia caído". Voltou a morar com a avó que insistia em dizer que ele "não era bom" e "muito ruim".

Foi em 1999 que João sofreu, pela primeira vez, um grande episódio de depressão. A segunda ocorrência foi cinco anos mais tarde, após terminar um longo relacionamento amoroso com uma pessoa da mesma idade. Conforme João descreve, as brigas eram constantes, mesmo no início do namoro, e foram se agravando com o tempo. Depois do término do relacionamento, João procurou aconselhamento através de um programa financiado pelo Governo, mas logo desistiu das sessões com o psiquiatra e a assistente social, achando que a medicação que eles haviam passado não dava resultado e que o psiquiatra parecia desinteressado.

Na ocasião em que João consultou-se comigo, estava com cerca de 20 anos e ainda não havia terminado o segundo grau. Trabalhava intermitentemente, sempre perdendo empregos por causa de suas faltas e atrasos. Contou que bebia com frequência e que algumas vezes fumava maconha. Continuava morando com a avó e o namorado dela, e nas reuniões familiares encontrava-se com o tio e com o primo que haviam abusado dele. Ele raramente se comunicava com a mãe e os irmãos, com exceção de seu irmão mais novo que havia se mudado para a casa de uma de suas tias, que morava perto. Sua rotina diária consistia em dormir até o início da tarde, "zoar" com seus amigos e beber até de madrugada. Embora continuasse sexualmente impulsivo, disse que não tinha mais prazer com encontros sexuais casuais porque no dia seguinte sentia-se "uma porcaria". Dizia que sua vida não tinha sentido, que ele era um perdedor, que havia falhado em tudo e nunca teria sucesso em nada.

A avaliação inicial indicou que João estava sofrendo de distímia. Havia perdido interesse em escrever música, divertir-se com os amigos e todas as outras atividades que antes lhe davam prazer. Alternava períodos de sono em excesso e insônia. Embora já tivesse sido capaz de compor letras de músicas, algumas inclusive publicadas, ele relatava que já não "consegua colocar sentimento nelas" porque "não sentia nada".

A sopa de letrinhas de João, que abrangia a maioria das letras do alfabeto, consistiu no seguinte:

Aventureiro
Bravo
Confiável
Dinâmico
Expressivo
Falante
Ganhador
Honesto
Intenso
Jocoso
Keyless (Sem solução)
Leal
Meticuloso
Normal
Ordeiro
Prático
Quieto
Realista
Soturno
Talentoso
Ultracompreensivo
Vocal

Diferente da sopa de letrinhas que José havia "cozinhado", que de várias formas pareceu refletir com precisão aspectos positivos de sua personalidade e sua interação com os outros, a lista de João mostrou que ele não era capaz de distinguir entre as qualidades desejadas e idealizadas e as que ele realmente possuía. Por exemplo, embora se caracterizasse como "confiável", havia se esquecido de diversos encontros com seu agente artístico, a ponto de ter sido excluído de sua lista de clientes. Esse comportamento não existia apenas em

relação ao seu agente, mas também em suas relações com a avó, o tio, os professores na escola e seus empregadores.

Não falei diretamente com ele a respeito de sua falta de confiabilidade. Se tivesse falado, ele provavelmente interromperia o aconselhamento, por ser ainda bastante tênue nosso relacionamento terapêutico e, portanto, permeado por sentimentos de perigo e vulnerabilidade. Ao invés disso, voltei muitas vezes à sua autodescrição com mais perguntas que o ajudassem a questionar sua realidade e descobrir as próprias respostas;

- *Você pode descrever uma situação em que você foi confiável?*
- *O que o ajudou a ser confiável?*
- *Que importância tem para você ser assim? Por quê?*

João percebeu que havia situações em que ele era confiável e outras em que não era.

Por João já se achar um "perdedor", foi importante que essa autodescoberta não se tornasse foco de culpa e diminuísse ainda mais sua autoestima. Como ele percebeu com que frequência não havia sido confiável, pudemos identificar e enfatizar, em nosso trabalho conjunto, aquelas circunstâncias e os fatores que pareciam encorajá-lo e apoiá-lo em ser confiável. Esse processo levou a novas questões;

- *Como você pode trazer esses fatores para a sua vida com mais frequência?*
- *Como você pode realçá-los para que eles o ajudem a ser confiável?*

O processo de João listar seus atributos positivos fez com que ele percebesse a necessidade de desenvolver uma autoavaliação realista, englobando os pontos fortes que possuía e os comportamentos que deveria ter para obter sucesso em seus empreendimentos criativos e nas relações interpessoais. Ao longo do tempo, à medida que progredíamos enumerando as qualidades no contexto de sua atual situação, João percebeu que havia idealizado uma imagem de si mesmo e que talvez tivesse feito isso como mecanismo para afastar sentimentos sobre sua incompetência.

As perguntas colocadas para João foram fundamentais para o desenvolvimento desse insight; de fato, "toda vez que fazemos uma pergunta, estamos gerando uma possível versão de vida" (D. Epston, citado em Cowley Et Springen, 1995, p. 74). Um dia, ele exclamou, espantado e dando risada, "Você me lê o tempo todo!", querendo dizer que eu havia percebido desde o

início que o que ele tinha dito na lista sobre si mesmo não havia sido totalmente preciso.

Maria, uma mulher de 35 anos, havia sido diagnosticada com transtorno bipolar. Quando a conheci, ela havia tido alta do hospital e começado um tratamento ambulatorial intensivo que utilizava terapia comportamental cognitiva. Eu tinha somente o diagnóstico de Maria e detalhes de sua hospitalização e medicação. O uso da sopa de letrinhas deu a ela a oportunidade de autorreflexão e autoavaliação, além de me fornecer informações básicas sobre sua vida atual.

A lista de Maria e as explicações a respeito das qualidades a fez refletir não apenas sobre suas percepções, como também o que acreditava que os outros pensavam dela.

Ativa - Manter-se sempre ativa.

Boa esperança - Acreditar no futuro e em minha família.

Cuidadosa - O cuidado é com todos.

[Filha] Dedicada - (Boa.) Tudo pela minha mãe.

Entusiasmada - As pessoas dizem que é uma alegria estar comigo.

Friendly (Amável) - Todos deveriam ser assim.

Gentil - Gentileza com todos, se possível.

Hospitaleira - Sempre acolhedora.

Inteligente - Conhecedora de muita coisa.

Jovial - Sempre um prazer estar por perto.

Kind (Amável) - Nunca muito má.

Love - O amor é o melhor. Amo tudo.

Mãe - (Boa.) Três ótimas crianças, mãe solteira.

Necessária - Sempre limpando.

Original - Minha mãe me acha única.

Perfeita - Eu me acho bonita.

Quick (Rápida) Faço o trabalho rapidamente.

Respeitosa - Respeito os outros.

Satisfeita - Sou feliz.

Tagarela - Sou falante.

Útil - Ajudar sempre que necessário.

Vibrante - Sempre sorrindo.

Worker (Trabalhadora) - O chefe diz que sou trabalhadora.

X-ray (Raio-X) - As crianças dizem que vejo tudo.

Young-at-heart (Jovem de espírito) - 35 anos e seguindo em frente, adoro brincar, correr, etc.

Zoo - Adoro bichos.

Maria disse que esse foi um exercício difícil e que precisou se esforçar muito para identificar suas boas qualidades. A lista e explicações nos deram pistas sobre as questões que podem surgir durante seus esforços para se curar e seguir em frente na vida. Considere, por exemplo, o seguinte;

- *O cuidado é com todos.*
- *Tudo pela minha mãe.*
- *Todos deveriam ser [amáveis] assim.*
- *Sempre um prazer estar por perto.*
- *Sempre sorrindo.*

Embora não seja algo conclusivo, Maria não usa com frequência o "eu" quando descreve suas qualidades, sugerindo que talvez tenha dificuldade em reconhecer a si mesma. Além disso, suas frases indicam que Maria vê as situações em termos absolutos (deveria, sempre) e que talvez existam questões sobre limites na relação com os outros (todos, tudo).

Maria e eu usamos as descrições contidas na lista como trampolim para discutir o sentido do amor e o que significa para ela pensar em si mesma e ser considerada pelos outros como "respeitosa", "gentil", "dedicada", "cuidadosa", e "útil". Exploramos a variedade de respostas que ela havia recebido pelo fato de ser cuidadosa e dedicada e como essas respostas haviam afetado sua vida. Gradualmente, Maria foi identificando situações nas quais havia descuidado de si mesma no processo de ajudar os outros e por consequência acabava sentindo-se esvaziada. O aparente altruísmo de Maria era na verdade um "pseudoaltruísmo", que mascarava a não aceitação de si mesma, criando mecanismos autodestrutivos (veja Seelig Et Rosof, 2001).

Usei também este exercício em um grupo de indivíduos com diagnóstico de transtorno bipolar e depressão severa. Acho útil o uso da metáfora da sopa de letrinhas para iniciar um novo grupo porque ela serve como um convite às pessoas que ainda não se conhecem a compartilhar quem são, sem que sintam ameaçadas. Oferece também uma oportunidade para que eu entenda, em bases preliminares, como cada indivíduo do grupo se percebe, o contexto daquela percepção e como eles escolhem com quem se relacionar naquele novo grupo.

Para começar, arranjei lápis e papel para os participantes do grupo e os convidei a elaborar uma lista com suas qualidades para cada letra do alfabeto. Foi muito bom ter oferecido lápis e não caneta, enfatizando aos participantes

que se sentissem livres para mudar a resposta e desta forma ficassem menos preocupados com a aparência de seu papel.

Depois que todos escreveram suas listas de qualidades, cada um leu o que estava escrito, em voz alta. Foi dada a eles a oportunidade de escolher uma qualidade que haviam mencionado e explicar, de forma detalhada, quando e como era usada. Depois que todos os indivíduos leram e explicaram apenas uma das qualidades da lista, outros membros do grupo tiveram a oportunidade de comentar sobre a lista que foi lida, indicando quais qualidades eles observaram e quais qualidades identificadas pela pessoa poderiam ser úteis para outros membros do grupo. Muitos indivíduos não têm consciência de como suas qualidades manifestam-se através da interação com os outros e os efeitos dessas interações. Esse intercâmbio traz um feedback valioso para os participantes do grupo.

Em outros exemplos, os membros do grupo podem não conseguir ou ficar relutantes em identificar seus traços positivos. A leitura de suas listas incompletas propicia uma oportunidade para considerar a observação de outros membros do grupo e então decidir se há outras qualidades que também podem ser suas.

Márcia e Susana, ambas participantes de um programa ambulatorial intensivo para indivíduos com transtorno bipolar, completaram apenas parte do alfabeto. Suas listas estão colocadas a seguir, lado a lado para demonstrar a diversidade e a similaridade de respostas que podem aparecer no contexto do grupo. As contribuições de outros participantes do grupo foram colocadas entre parênteses. "Faltando" indicado em parênteses refere-se às letras que o indivíduo não conseguiu pensar em algum traço ou característica.

Márcia	Susana
---------------	---------------

Assertiva	Atenta
-----------	--------

Boa	Bonita
-----	--------

Crente	(Crente)
--------	----------

Dedicada	Danada
----------	--------

Empática	(Entusiasta)
Familiar	Forte
G (faltando)	Generosa
Honesta	Humorista
Inclusiva	Inteligente
J (faltando)	Jeitosa
Kind [Amável]	Kind [Amável]
Leal	Leve
Mantenedora	Meiga
Nice [Legal]	Nice [Legal]
(Oscilante)	Original
Pensante	Paciente
(Qualificada)	Quieta
R (faltando)	Realista
Sorridente	Silenciosa
Tagarela	Teimosa
Ultrassensível	Única
V (faltando)	Vivaz
W (faltando)	Weird [Estranha]

Existem diferenças significativas nas listas preparadas pelas duas. Márcia explicou-se quase que inteiramente em relação aos outros; faz coisas boas para os outros, sente empatia, é honesta, amável e inclui as pessoas. Embora Márcia possa realmente se relacionar com os outros desta forma, a lista reflete o que ela faz. Tal lista leva a uma pergunta: quem é Márcia se não considerarmos suas ações? Isso nos remete a questões que, ao longo do tempo, a própria Márcia pode querer resolver e, de fato, pode ser necessário pesquisar se ela recebe o apoio de que precisa para efetivamente lidar com seu transtorno mental.

O uso da metáfora da sopa de letrinhas em grupo não deixa de ter seus perigos. Algumas vezes, um indivíduo pode querer contar detalhes de uma situação que o grupo não está pronto para ouvir devido à natureza das questões envolvidas, do foco daquele grupo em particular, ou do estágio de desenvolvimento do grupo. Um indivíduo pode se arrepender mais tarde, ficar constrangido, ou ser prejudicado por ter impulsivamente divulgado algo pessoal. Como o uso dessa metáfora encoraja os pacientes a se revelarem, o terapeuta deve estar ciente da natureza, da profundidade e do momento em que tais revelações são feitas no grupo e estar preparado para interceder e inibir ou restringir confidências que podem ser prejudiciais no contexto.

Como exemplo, a revelação que José fez sobre sua homossexualidade ao grupo que morava com ele na "Casa dos Perturbados", poderia ter resultado em ostracismo do grupo, eventuais provocações e violência, tendo em vista o extremismo de certas pessoas e da homofobia que prevalecia no lugar onde ele vivia.

Portanto, não uso a metáfora de sopa de letrinhas em grupos se eu tiver algum motivo para acreditar, ou perceber no início da sessão, que algum participante tenha propensão à ingenuidade e/ou a fazer revelações autodestrutivas ou caso eu tenha dificuldade em moderar o ritmo e a dinâmica do grupo.

Capítulo 2. A Bicicleta: Como Aprender Com O Passado E Seguir Adiante

Desenvolvendo Perspectivas Para O Futuro E Habilidades Para Solucionar Problemas

Shakespeare nos conta em sua peça *Como gosteis* que existem sete atos diferentes em nossas vidas, cada um caracterizado por circunstâncias específicas da vida.

*O mundo todo é um palco,
E os homens e as mulheres meros artistas:
Que entram nele e saem
Muitos papéis cada um tem no seu tempo;
Sete atos, sete idades. Na primeira,
No braço da ama grita e baba o infante.
O escolar lamuriendo, após, com a mala,
De rosto matinal, como serpente se arrasta para a escola,
A contragosto. O amante vem depois.
Celebrando em balada dolorida
As sobancelhas da mulher amada. A seguir estadeia-se o soldado.
Cheio de juras feitas sem propósito
Com barba de leopardo, mui zeloso
Nos pontos de honra, a questionar sem causa,
Que a falaz glória busca
Até mesmo na boca dos canhões.
Segue-se o juiz, com o ventre bem forrado
De cevados capões, olhar severo.
Barba cuidada, impando de sentenças
E de casos da prática, desta arte
Seu papel representa. A sexta idade*

*Em magras pantalonas tremelica,
Óculos no nariz, bolsa de lado,
Calças da mocidade bem poupadas,
Mundo amplo em demasia para pernas
Tão mirradas, a voz viril e forte,
Que ao falsete infantil voltou de novo.
Chia e sopra ao cantar. A última cena.
Remate desta história aventureira,
É mero olvido, uma segunda infância.
Falha de vista, dentes, gosto e tudo.
(Como gosteis, 2^a ato, cena 7, 139)*

As reflexões de Shakespeare sobre os sete atos de nossas vidas são muito similares ao modelo de desenvolvimento formulado por Erik Erikson. Erikson teorizou que os indivíduos, durante o curso da vida, se desenvolvem e progridem passando por diferentes fases do crescimento, cada uma caracterizada por tarefas específicas, que devem ser aprendidas no intuito de adquirir as habilidades necessárias para navegar com sucesso pelas diversas exigências da vida e avançar para a próxima fase de desenvolvimento. Tais fases incluem: pré-adolescência, adolescência (13 a 19 anos), juventude (jovens adultos, de 20 a 39 anos), meia-idade (pessoas de 40 a 59 anos) e terceira idade (dos 60 anos em diante) (Erikson, 1964, 1968, 1997). Embora se presume que as fases de desenvolvimento sejam universais, o indivíduo pode diferir na maneira como navega por essas fases, conforme sua personalidade, cultura, acontecimentos da vida e circunstâncias gerais.

O desenvolvimento de perspectivas para o futuro e o estabelecimento de metas são tarefas árduas na adolescência. O reforço dessas habilidades pode diminuir o risco do adolescente envolver-se em comportamentos pouco saudáveis (Perry Et Jessor, 1985), tal como o uso de substâncias tóxicas, e tornar possível um desenvolvimento mais sadio. Por exemplo, entre os adolescentes, ter metas concretas e realistas tem sido associado ao bom desempenho acadêmico (Gaa, 1979; Miller Et Kelley, 1994, Trammei Et Schioss, 1994).

Para a realização de metas é necessário o desenvolvimento de habilidades para solucionar problemas. Entre os adolescentes, o desenvolvimento dessas habilidades tem sido ligado aos baixos níveis de ansiedade, a um melhor conceito de self, à formação de um locus interno de controle e melhores hábitos

de estudos e desempenho acadêmico (Elliott, Godshcll, Shrout & Witty, 1990; Hay, Byrne Et Butier, 2000; Heppner, Reeder Et Larson, 1983; Nigro, 1996).

Indivíduos com doenças mentais severas experimentam dificuldades no desenvolvimento de perspectivas para o futuro e habilidades para solucionar problemas. Dependendo do tipo de doença, ela pode estar associada a uma incapacidade de concentração, indecisão, insegurança, dificuldade em lidar com estresse ou conflito, ou à perda de memória e habilidades (D5M-IV-TR, 2000, cf. Berger Et Berger, 1991; Irwin, 1998).

O desenvolvimento de uma perspectiva para o futuro pode ser particularmente difícil para os indivíduos que passaram por um trauma severo. Bessel van der Kolk, um grande estudioso no campo do trauma, observou (1996b, p. 204):

Se é verdade que pessoas traumatizadas tendem a se tornar fixadas nos níveis emocional e cognitivo em que foram traumatizadas... tenderão a usar os mesmos meios, que usaram na fase de desenvolvimento em que aconteceu o trauma, para lidar com o presente estresse.

Muitas teorias têm sido desenvolvidas na tentativa de compreender por que alguns indivíduos são incapazes de superar experiências traumáticas do passado. Pesquisas têm demonstrado que o trauma afeta as funções biológicas das pessoas, em diversos níveis (Kolk, 1996a). Estudos sugerem que indivíduos com transtorno de estresse pós-traumático podem ter anomalias em seus sistemas límbicos (Bremner et al., 1995; Saxe, Vasile, Hill, Bloomington Et Kolk, 1992), que influenciam na maneira como as memórias carregadas de emoção são processadas. Por exemplo, a amígdala, um dos componentes do sistema límbico, é responsável pelo condicionamento das respostas do medo, pela conexão que determina os estímulos neurais e o estabelecimento de associações entre as modalidades sensoriais. Uma lesão nessa área do cérebro pode resultar em perdas de respostas ao medo e em interação social significativa (Kolk, 1996a). O hipocampo, outro componente desse sistema, é responsável pela gravação das dimensões temporal e espacial da experiência na memória. É especialmente importante na memória de curto prazo; a informação é guardada na memória de curto prazo e depois imediatamente esquecida ou processada como memória permanente. A habilidade de aprender com a experiência depende, em parte, se o processo da memória de curto prazo está funcionando adequadamente (Kolk 1996^a).

Li certa vez, "Você só pode se mover tão rápido quanto sua parte mais lenta consegue se mover". Se considerarmos a estrutura de Erikson, podemos prever,

através de uma variedade de cenários, como isso pode ocorrer durante as sucessivas fases da vida do indivíduo. Alguns indivíduos adquirem as habilidades necessárias para passar com sucesso de uma fase para a próxima, processando e incorporando o que aprenderam com o seu ambiente e suas experiências, levando essas lições com eles, ao longo da vida. Outros podem permanecer "empacados" ou "congelados", incapazes de integrar suas experiências para continuar se desenvolvendo emocionalmente, embora continuem envelhecendo cronologicamente. Outros, ainda, podem seguir em frente desenvolvendo-se mentalmente em alguns aspectos, mas não em outros, então é como se eles seguissem adiante enquanto parte deles permanece enraizada no passado. Todos esses cenários convidam ao uso da metáfora da bicicleta.

A História Da Bicicleta

Pense em você andando de bicicleta. Talvez esteja se imaginando andando em uma *mountain bike*, percorrendo um caminho sinuoso numa floresta tranquila, com muito verde, muitas árvores. Ou quem sabe você esteja correndo pelas ruas de uma grande cidade. Outros ainda preferem andar de moto, fazendo curvas pelas montanhas numa estrada que acompanha o mar.

Seja qual for a imagem, precisa prestar atenção ao lugar onde está passando e por onde passou, mas sempre olhando para a frente para saber para onde está indo. Se você ficar olhando para trás ao invés de olhar para o caminho à sua frente, poderá colidir com uma árvore, entrar num buraco ou, pior ainda, sofrer uma colisão fatal.

É assim com a vida. É importante saber onde estamos; aprender com o nosso passado, honrando as experiências que tivemos, que podem variar da alegria ao tormento; ver mentalmente onde estamos no momento; e olhar para o nosso caminho rumo ao futuro. Se ficarmos no passado tentando seguir para o futuro, provavelmente não conseguiremos ir muito além de onde realmente estávamos no passado já vivido.

Vamos ver como esta metáfora funcionou para João, que você talvez se lembre do trabalho com a sopa de letrinhas, descrita no primeiro capítulo. A família de João era muito pobre. Sua avó o sustentava com os cheques da previdência social e o benefício do vale-alimentação. Não havia orçamento

doméstico, comida, aluguel e luz dependiam do recebimento dos esperados cheques. As contas eram pagas em dinheiro, pessoalmente, na data de vencimento ou somente vários dias depois. A sobrevivência econômica era no mínimo tênue e não havia planos para o dia seguinte.

João lamentava esta situação porque sentia que nunca seria capaz (Je conseguir o que ele chamava de "boa vida" e uma "vida significativa" já que vivia em constante instabilidade. Quando perguntado sobre o que aprendeu enquanto percorria seu passado na bicicleta metafórica, ele rapidamente respondeu que precisava planejar melhor seu futuro financeiro, mas não sabia como fazer isso. Conversamos sobre o que significa ter um orçamento e viver dentro dele.

Na sessão seguinte, João me apresentou o que chamou de "Orçamento da Independência". Listou sua renda mensal e as despesas de cada mês, que incluíam aluguel, serviços, reparos do carro, combustível, supermercado e diversão. Separou 15% de sua renda mensal para cobrir as próximas despesas já previstas, como custos de manutenção do carro, e quaisquer outras despesas que pudesse ter. Tinha inclusive solicitado um cartão de crédito, com limite baixo, pensando em fazer algumas despesas e pagar a conta até a data de vencimento, num esforço para conseguir crédito. Estabelecer um bom crédito, disse, seria necessário se ele quisesse ser capaz de comprar sua casa própria algum dia. Tinha aprendido com o seu passado, estava a par das circunstâncias presentes e olhava para o futuro.

Talvez você também consiga se lembrar dos problemas de José, quando trabalhamos juntos com a metáfora da sopa de letrinhas. Devido aos sintomas de esquizofrenia que sofria, ele havia perdido o emprego, o seguro-saúde, a casa e finalmente foi à falência. Estava profundamente envergonhado pela falta de habilidade em pagar as contas e ter sido levado à bancarota. Usamos a metáfora da bicicleta para explorar o que ele havia aprendido com sua experiência. José concluiu que, embora tivesse sido capaz de economizar algum dinheiro antes do início de sua doença, não tinha desenvolvido um planejamento regular de poupança para essas contingências e ficou muito bravo por gastar dinheiro que ainda nem havia ganhado, usando cartão de crédito para as compras. Decidiu não comprar a maioria das coisas se não tivesse dinheiro. No final dos sete anos depois de sua falência, José foi capaz de conseguir um empréstimo pessoal para comprar um carro novo e fez todos os pagamentos corretamente para poder reabilitar seu crédito. Ao invés de se deixar consumir

por sentimentos de constrangimento e vergonha, causados pela falência e pela doença, José usou sua experiência para aprender sobre a importância de planejar e economizar. Pode, então, usar seus conhecimentos para seguir em frente, construindo uma estrada sólida.

A situação de Margarete, no entanto, ilustra o que ocorre quando alguém continua focando apenas por onde já passou na metáfora da bicicleta, ao invés de aprender a focar no caminho presente e no que está por vir. Quando conheci Margarete, ela tinha mais de 40 anos e era casada com um engenheiro. Tinham um filho de mais de 20 anos, que estava desempregado e morando com eles. Margarete havia sido treinada como auxiliar na área da saúde, mas tinha parado de trabalhar havia mais de uma década por causa da piora de seu transtorno bipolar. Os esforços em voltar a trabalhar durante os períodos de relativa estabilidade mental foram geralmente de curta duração. Cada tentativa era interrompida pela ocorrência do que ela caracterizou como obstáculo intransponível e inesperado: dores crônicas no corpo, dificuldade para dirigir devido ao clima ruim, e crises criadas por ela envolvendo seu filho.

Embora Margarete tivesse feito terapia com seu psicólogo e tomado medicação por causa do transtorno bipolar por mais de dez anos, continuou focando sua atenção, energia e experiências na época da pré-adolescência e na adolescência. Não tinha o que contar ou dizer sobre sua vida atual e era incapaz de formular planos ou visualizar seu futuro. As queixas de Margarete a respeito do passado eram como aquelas que muitos indivíduos fazem de seus pais, quando estão crescendo; o outro irmão era o favorito, o pai ou a mãe não compravam alguma coisa que ela queria, o outro irmão tinha conseguido "mais fácil". Quando Margarete falou sobre isso, parecia que estava vivenciando aquilo e não apenas se lembrando. Na verdade, ela não havia mudado seu estilo de roupa, corte de cabelo ou tipo de maquiagem por mais de duas décadas, então sua aparência, assim como a forma de falar, (lavam a impressão de que ela, realmente, vivia naquela época.

No entanto, Margarete evitou falar sobre a violência que havia testemunhado quando criança, que eu soube através de outras pessoas que conheceram sua história. Seus pais haviam se divorciado quando ela tinha quase trinta anos. O relacionamento deles era tão instável, difícil e algumas vezes tão brutal que ela teve medo que sua mãe fosse morta. A mãe sofria de depressão severa e crônica. O pai, que quando criança havia sofrido graves abusos físicos de um pai alcoólatra, e cujas habilidades cognitivas e nível de

consciência eram relativamente baixos, blasfemava contra o mundo pelas injustiças que sofria, acreditando ser uma espécie de segundo Jó, figura bíblica cuja fé em Deus era testada por seus incomensuráveis sofrimentos, resultantes de uma aposta entre Deus e Satanás.

Margarete havia tentado o suicídio em diversas ocasiões e fora hospitalizada após cada tentativa. Embora o psiquiatra a tivesse diagnosticado com alcoolismo recorrente, ela e um de seus psicólogos rejeitaram esse diagnóstico; em sua mente, a rejeição significava permissão para continuar bebendo.

O que ficou muito claro com o tempo foi que Margarete respondia aos indivíduos a quem sentia como ameaçadores ou que de algum modo lembrassem seus pais como se eles o fossem realmente. Ela assumia uma conduta de vítima, como se aqueles com quem ela interagira tivessem cometido um erro indefinido e indefinível contra ela, demandando desculpas ou reparação. A causa de todos os conflitos, fosse no trabalho com colegas ou supervisores, fosse em casa com seu marido ou seu filho, era atribuída à outra parte, como aquela criança com a mão dentro do pote acusando a outra pela falta dos biscoitos. Mesmo que estivesse com mais de 40 anos, Margarete perpetuava com os outros o drama que ela e seus pais haviam escrito, incapaz de ir além do passado para estabelecer relacionamentos mais saudáveis e maduros.

Além do transtorno bipolar, Margarete estava vivenciando o que se conhece como "transtorno de estresse extremo não especificado" (DESNOS)⁴ (Kolk, 1996b). Diferente do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), que engloba sintomas resultantes de um único evento traumático identificável (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4. ed. revisada; DSM-IV-TR; Associação Americana de Psiquiatria, 2000), DESNOS é uma categoria de diagnóstico proposta para os danos psicológicos resultantes de exposição traumática contínua, tal como testemunhar na infância um padrão contínuo de violência entre os pais. O impacto psicológico da experiência traumática depende da idade da ocorrência e da duração do trauma. Em situações como as de Margarete, em que o trauma continuou por um longo período (décadas, nesse caso) e que foi experimentado durante a primeira década de vida, os danos são significativamente maiores (Kolk, 1996b).

Podemos perceber que Margarete apresentou vários aspectos da condição proposta: desregulação crônica de afeto, dificuldade de controlar a raiva, comportamentos autodestrutivo e suicida, dissociação, somatização, culpa e vergonha crônicas, sentimentos de ineficácia, falta de habilidade para desenvolver ou manter relacionamentos com os outros e uma tendência para vitimizar os outros e se sentir vítima. A confiança que tinha nesses mecanismos não é surpresa em vista de sua história. A inabilidade que teve para progredir em seu desenvolvimento, apesar de tantos anos de terapia, também não é surpresa, porque os indivíduos na situação de Margarete sempre conseguem, com a ajuda do terapeuta, restaurar o contexto de seu trauma, e por isso o terapeuta é visto como um salvador, uma vítima ou um vitimizador.

A terapia para os indivíduos que experimentam esses sintomas deve ajudá-los a ver que o estresse que sentem na vida é vivenciado como um retorno ao trauma do passado (Kolk, 1989; Perry, Hermán, Kolk Et Hoke, 1990), isto é, mesmo em tratamento para seguirem adiante, continuam olhando para trás e presos no passado.

A terapia cognitivo-comportamental pode ajudar nesse sentido. Esta técnica busca ajudar o indivíduo a identificar "erros do pensamento", tais como pensamento absolutista, supergeneralização baseada em eventos isolados, ampliação ou minimização do significado ou extensão de uma ocorrência e atenção focada apenas nos elementos negativos da situação ("abstração seletiva") (Granvold, 1997). Esta abordagem também foca nas expectativas exageradas de identificação do paciente e em crenças irracionais. Pode ajudar os pacientes a tornarem-se mais sensíveis aos seus pensamentos falhos quando acontecem, podendo assim ignorá-los e substituí-los por conclusões mais sólidas (Granvold, 1997).

Enquanto a situação de Margarete exemplifica um olhar voltado unicamente ao passado, ao seguir em frente de bicicleta - isto é, alguém que tem sido incapaz de ter perspectivas futuras - a experiência de Douglas ilustra o que pode ocorrer quando um indivíduo vive negando o passado enquanto simultaneamente busca perspectivas para o futuro. Douglas é um rapaz de seus 40 anos. Embora tenha sido criado no sul, não vive mais lá e raramente visita seus parentes. Sua mãe considera-se cristã. Divorciou-se de seu pai por causa do alcoolismo dele, porque ele usava de violência para conseguir o que queria e por suas longas e inexplicáveis ausências de casa. O contato de Douglas com seu pai ficou um pouco menos frequente depois do divórcio. Durante seu

crescimento, ele tinha uma aparência mais efeminada do que seria aceitável para seus pais e irmãos. Seus irmãos mexiam com ele, deixando-o envergonhado na frente dos outros membros da família e da igreja. Por exemplo, em um evento durante a adolescência, um de seus irmãos anunciou a todos os presentes que Douglas era o único "bicha" da família. Ao invés de brigar com ele e "mostrar que era homem", tal experiência reforçou a insegurança e a desconfiança que Douglas tinha dos outros, e aumentou as dificuldades de intimidade que já existiam.

Diferentemente de Margarete, Douglas é capaz, de certa forma, de planejar seu futuro e levar adiante seus planos. Ocupou cargos de responsabilidade em companhias de seguro e empresas de pesquisa. Alguns anos atrás, decidiu que queria construir uma carreira, ao invés de ficar sempre mudando de emprego. Recebeu treinamento como auxiliar na área de saúde e agora, trabalhando ainda na mesma função, busca treinamentos mais avançados. Parece querido pelos pacientes com quem interage.

Em outro nível, Douglas tem carregado com ele as feridas de sua juventude, recusando-se até mesmo a aceitá-las e aprender com as experiências passadas. Continua tendo dificuldade com relacionamentos íntimos e também na escolha das pessoas com quem se relacionar. No momento não está envolvido em nenhum relacionamento amoroso. Todas as pessoas com quem teve algum tipo de relacionamento afetivo foram conhecidas em bares, depois de beber muito. Cada uma delas foi uma decepção e alguns desses encontros foram desastrosos, pois se tratava de pessoas comprometidas, sem disponibilidade emocional ou física para um relacionamento verdadeiro. Douglas parecia ser apenas um alvo fácil, inclusive no que se referia à violência. Tudo isso só fez agravar os sentimentos de raiva e desconfiança de Douglas, que construiu paredes emocionais à sua volta para se proteger, adotando como lema a frase "Faça aos outros antes que façam com você". Douglas se percebia como vítima desses encontros, o tempo todo negando qualquer responsabilidade em tê-los provocado ou buscado.

Existem poucas pessoas a quem Douglas considera amigas, e estas são, periodicamente, submetidas às suas explosões de raiva em resposta a insultos ou ofensas que tenha percebido. É como se ele testasse as pessoas para saber se são realmente amigas, ou se também o magoariam como todas as outras fizeram. Em seus diversos empregos, sempre passou por dificuldades com seus superiores por desafiar inadequadamente a autoridade deles, resultando em

queixas ao Departamento de Recursos Humanos por insubordinação. Como Douglas nunca aprendeu a lidar com sua mágoa e raiva, continua se manifestando de maneira imprópria. E, como nunca lidou e resolveu a mágoa e a raiva que vivenciou durante seu crescimento, é incapaz de avaliar cada acontecimento ou interação pelo que de fato são. Em vez disso, cada dor é sentida cumulativamente com as outras já experimentadas, de forma que nada acontece por acaso. Como resultado, as ações e linguagem de Douglas são frequentemente desproporcionais às situações e, como tal, são reativas ao invés de receptivas.

Douglas bebe para reduzir sua inibição e os sentimentos de culpa e vergonha (Flicks, 2000; McKirnan Et Peterson, 1989). Como ele não se permite lembrar e processar os momentos constrangedores com sua família, é incapaz de deixar esses eventos no passado, bem como os sentimentos associados a eles. Em vez disso, afoga seus sentimentos no álcool. Como o álcool também ofusca seus julgamentos, ele continua se colocando em situações difíceis e potencialmente perigosas.

Mesmo que Douglas esteja supostamente olhando para o futuro - um relacionamento e um emprego estáveis -, ele permanece preso ao passado. Suas experiências são dispostas em compartimentos e deixadas para trás; ele não consegue aprender com elas e trazer o conhecimento adquirido para o presente, em sua bicicleta.

A maneira com que Douglas lida com os eventos e circunstâncias da vida é o reflexo de um transtorno de personalidade esquiva (DSM-IV-TR, 2000). Ele não quer se envolver com os outros a menos que tenha certeza de que gostam dele, e é incapaz de ter um relacionamento verdadeiro porque tem medo de ser ridicularizado. É hipersensível às críticas, o que restringir muito sua rede social. Douglas continua incapaz de entender ou identificar limites pessoais, por isso acaba se expondo em situações perigosas e a confrontos inadequados com figuras de autoridade.

A terapia cognitiva ou dialética comportamental talvez não seja tão útil para Douglas quanto para Margarete. Diferentemente de Margarete, que pensa e fala somente sobre eventos de sua vida que há muito se passaram, Douglas recusa-se a lembrar ou discutir qualquer situação passada. É incapaz de identificar situações que causam sentimentos de mágoa, raiva ou medo porque compartimentou cada experiência separadamente. Está provado que a terapia narrativa também é limitada pelo mesmo motivo; ele simplesmente se recusa a

discutir qualquer evento do passado. Somente usando a metáfora da bicicleta Douglas tem sido capaz de olhar para trás para identificar os recursos e habilidades que usa no presente e levar consigo para o futuro. No entanto, ainda não é capaz de examinar as situações que o ensinaram esses recursos e habilidades.

Diferentemente de José e João, que davam atenção, pelo menos em parte, ao controle sobre suas situações financeiras, Margarete e Douglas estavam preocupados quase que inteiramente com problemas relacionados à intimidade e às consequências de terem presenciado ou sofrido abuso físico ou emocional e traumas no passado. Contudo, a metáfora da bicicleta, com o tempo, pode ser um alerta útil para os indivíduos até mesmo nessas circunstâncias. Considere a situação de Jorge como exemplo.

Jorge estuda em uma universidade particular. Os pais são profissionais com carreiras promissoras. Durante muitos anos, depois das refeições Jorge se cortava. Na época em que Jorge lentamente reduziu a frequência e intensidade dos cortes, usamos a metáfora da bicicleta para olhar para trás e ver o que ele vivenciou, o que havia aprendido com aquelas experiências e o que poderia levar para o futuro. Em uma de nossas sessões, Jorge refletiu sobre o porquê de se cortar, o que havia aprendido ao observar esse episódio de sua vida, e que conhecimento poderia levar consigo como resultado da experiência. Falou também o que iria dizer aos outros que quisessem aprender com sua experiência.

Eu diria que sou um solitário. Sou doente. Nojento. Quando eu ainda era pequeno, minha irmã parecia assim, meu irmão parecia assim. Eu era uma espécie rara. Não conheci nenhum garoto mais escuro, negro, antes, então quando eu era garoto fui crescendo... era engraçado porque, como todo mundo, tem só quatro pessoas escuras em toda a minha família, então eu era um escuro, é. Eu só acho que sou doente.

A única razão de eu ter me cortado é porque eu achei que ia drenar tudo de ruim que há em mim, para me sentir de um jeito diferente porque, não sei, era bobagem. Eu ficava sentado lá e pensava, não dá para fazer isso, mas vou tentar, e me cortava e, quando estava sangrando, eu sentia, me sentia bem. Achava que sim, que era assim que devia ser, me sentia melhor quando estava sangrando, eu não gostava de ser eu mesmo. Ok, era uma coisa, um escape, fez com que eu me sentisse melhor, certo?

Dai comecei a vomitar, porque eu não gostava da minha aparência. Isso também não foi bom porque sempre zoei com os caras, e eu não engordava mesmo. Era muito magro para o meu tamanho. Posso comer o que quiser e ainda continuo magro. Tive hipoglicemia, e sempre levo comigo um lanche ou alguma coisa. Eu era estúpido. Não sei por que eu queria fazer isso. O que acontecia fazia eu me sentir bem. E, quando vomitava, fazia com que todas as minhas dores saíssem junto com as outras coisas, e foi por isso que comecei a me cortar. Foi como... não sei, não sei explicar.

Li sobre pessoas que vomitavam e se cortavam e eu sou igual, consigo vomitar e me cortar. Talvez tenha vontade de me cortar. Eles pareciam lindos nas revistas. Como se, ao vomitar e se cortar, você fosse ter aquela aparência. Bom, eu sinto que posso vomitar e me cortar. Bem, aquilo estava me matando porque acho que eu não sabia que era estúpido.

Sei que não sou estúpido, mas fazer aquilo, de certa forma, era uma estupidez. Porque era como se eu não prestasse atenção na dor e em tudo o mais, eu estava deixando tudo, tudo me pegar. Aquilo estava me aborrecendo e eu não podia dizer nada porque era muito jovem, então eu fiz isso por mim mesmo ou tudo aconteceu naquele dia. Não posso contar para os meus pais porque eles não prestam atenção, então me senti do mesmo jeito, isso fez eu me sentir melhor enquanto fazia.

Então, o que era ruim lá dentro? Ser gay, isso sim. Antes eu me achava um três [numa escala de um a dez]. Nunca ninguém me disse que eu era feio. Eu era do tipo cara bacana, e ouvia gostoso, sexy... sempre ouvi isso e eu não era, quer dizer, olhe só pra mim, meus lábios são grandes, meu nariz é grande, minha cabeça é muito grande, meu corpo é fininho.

Então, o que mudou? Fiquei cansado disso. Eu não aguento mais, eu odeio isso, não posso sentir que todos os dias eu precise fazer isso. É como se, por quarenta e cinco minutos ou uma hora, está tudo dito e feito. Sinto isso, desse jeito, mas depois de muito tempo você começa a olhar para seus braços e você começa a usar curativos e as pessoas começam a perguntar. Parei de fazer, estava cansado. Eu me corto com uma faca, isso dói, por favor, me faça um cortinho.

Se um jovem estivesse se cortando ou vomitando, [eu falaria para ele] você não precisa fazer isso, porque no fim do dia ainda vai se sentir do mesmo jeito que se sentia cinco minutos antes de se cortar. Você não vai sentir nenhuma diferença. Vai te dar mais dor de cabeça, vai se sentir um miserável. Você pode pensar que, toda vez que faz isso com você mesmo, se sente um pouco melhor e você pode achar que não consegue aguentar mais, mas você pode. Pense nisso. Só pense nisso. Numa situação assim, você diz que não sabe o que está fazendo, se você se cortar pode morrer ou perder muito sangue, e você vai para o hospital e as pessoas vão te olhar como se você tivesse tentado o suicídio. O que está querendo fazer? Vomitar pode prejudicar seu esôfago. Você vai aprender, eles vão aprender. Tenho feito isso. A erosão na garganta que você não sabe o que significa. O ácido vem e volta. A erosão, sei que você não precisa fazer isso, não é tão séria assim, nunca foi totalmente. No fim do dia, ainda continua sendo você mesmo e se as pessoas não gostavam de você, também não vão gostar agora, e é isso o que eu penso. Se isso te faz sentir tão mal, fique longe delas. É o que eu faço, fico longe delas... talvez você precise delas como companhia, eu passo sem. Essa é a minha dica.

As pessoas não falam com crianças, não conversam direito com elas. Bom, acho que a criança quer alguém que possa basicamente sentar ali e ouvir o que estão sentindo ou atravessando. Não dá para sentar ali e ficar tapando o sol com a peneira.

Tomar comprimidos é uma ignorância. Tentar se matar com comprimidos... é uma ignorância. Porque isso nunca funciona. Ok, não vou dizer que nunca funciona, mas raramente funciona. Precisa tomar o vidro todo de comprimidos. Vai levar duas horas e meia. Vão te encontrar largado no meio do banheiro numa poça de baba. Vão fazer você mastigar vaselina, vão te fazer comer vaselina. Vão te lubrificar, vai sentir o gosto do tubo de quatro polegadas de espessura enfiado na sua garganta e depois vão fazer você cuspir. Sua garganta vai doer por semanas porque machuca seu esôfago. Para quê? Porque você não

gosta da sua vida? Por favor! Eu nunca tentei me matar, só tento me machucar, isso mesmo, eu era muito estúpido, mas não fui ao extremo. Tomar pílulas ou cheirar alguma coisa, ou beber, nunca fiz isso, ah, eu comecei, tá certo... eu não quis morrer, só me machucar. Por que a gente quer se machucar? Porque quero sentir alguma coisa. Eu vivo basicamente para sentir, é por isso.

Jorge e eu exploramos o caminho que ele tomou com sua bicicleta metafórica e que nos levou até o problema de ele se cortar. Com o tempo, apresentei algumas questões para Jorge considerar.

- *Em que circunstâncias você teve vontade de se cortar? O que fez você diminuir a frequência?*
- *Além de se cortar e vomitar, quais outras opções você usou para lidar com aquelas circunstâncias?*
- *Pensando no que o ajudou a lidar com aquelas situações, fora se cortar e vomitar, você ainda usa alguma daquelas estratégias? Quando? O que sente quando as usa?*
- *Ao andar em sua bicicleta rumo ao futuro, o que quer levar junto com você que possa ajudar caso volte a ter os mesmos sentimentos [doente, feio] novamente? O que gostaria de deixar para trás?*
- *Você consegue imaginar com o que se parecem as coisas que você deixou para trás? Onde gostaria de deixá-las? Como se sente depois de tê-las deixado lá?*
- *Consegue imaginar com o que se parecem as coisas que você quer levar? Como vai carregá-las? Como se sente carregando?*

Encorajando Jorge a falar sobre seus sentimentos ao responder essas questões, focalizamos em suas emoções e em suas sensações físicas ao considerar essas possibilidades. Esse foco, tanto nas emoções quanto nas sensações físicas, ajudou Jorge a melhorar sua consciência sobre a interligação do seu emocional com as sensações que experimenta em seu corpo e a desenvolver novas estratégias para lidar com sentimentos de ansiedade, repugnância e vergonha.

Jorge continua estudando e parou completamente de se cortar e vomitar. Embora ele tenha se machucado durante muitos anos, seus pais aparentemente não ficaram sabendo. Ele usou a transcrição de uma de nossas sessões para iniciar um diálogo com eles sobre seus cortes e a respeito do que sente. Jorge tem sido capaz de identificar os sentimentos que causaram o desejo de se ferir e as estratégias alternativas para lidar com esses sentimentos. Tornou-se um orientador para outros rapazes que vivenciam sentimentos de baixa autoestima e ódio de si mesmos, e fala de sua experiência com eles e das novas estratégias para lidar com sentimentos de depreciação.

Capítulo 3.

O Donut:

Descobrimos O Foco

A Importância Do Foco

Foco, ou atenção, pode ser entendido como o mecanismo utilizado para preparar o processo de estímulo, levando a atenção àquilo que vai ser processado, e determinando até onde processar [Heilman, Watson, Valenstein e Goldberg, 1987]. A atenção é fundamental porque determina o que entra em nosso sistema de processamento da informação e porque se acredita que os indivíduos são capazes de prestar atenção apenas em um número limitado de informação num dado momento (Ashcraft, 1989). Sem atenção ou foco a pessoa perde a capacidade de filtrar o que não é importante, deixando de lado a informação de que realmente precisa.

Quando crianças, aprendemos a importância de prestar atenção ou focar de diversas maneiras. Por exemplo, a fábula da lebre e a tartaruga, de Esopo, nos ensina o valor do foco e da perseverança. Na fábula, a lebre desafia a tartaruga para uma corrida até a linha de chegada. A lebre perde o foco de seu objetivo e a tartaruga toma a frente. Finalmente, a lebre perde a corrida para a tartaruga, que andava bem mais devagar, mas que manteve o foco em seu objetivo (Esopo, 1947).

Obstáculos Para O Foco

Diversas situações podem levar o indivíduo à distração ou ao impulso, resultando na falta de foco. Os sintomas de diversas doenças mentais, tais como depressão maior, alguns transtornos de ansiedade e transtorno bipolar, podem incluir impulsividade e desatenção. A sensação de ansiedade (diferente da sintomatologia de um transtorno de ansiedade), os sintomas do transtorno de

deficit de atenção e hiperatividade (TDAH), a demência, a lesão cerebral, ou os efeitos do consumo de substâncias como o crack, a cocaína ou as metanfetaminas também podem levar à impulsividade e à falta de atenção. Os indivíduos também sentem dificuldade de concentração porque se sentem oprimidos pelas circunstâncias e pelas exigências que enfrentam na vida.

Este capítulo concentra-se no uso de uma metáfora que aborda a impulsividade e a falta de foco, que são atenuadas, em parte ou totalmente, através do uso de terapias verbais e técnicas comportamentais. Por estar além do escopo deste capítulo analisar todas essas condições, uma discussão mais detalhada ficará limitada à depressão, ao transtorno generalizado de ansiedade, ao transtorno bipolar, e ao TDAH como exemplos de condições em que a falta de atenção ou foco pode ser tratada, em parte, através da incorporação da metáfora.

Depressão

A tristeza faz parte da condição humana. Todos nos sentimos tristes ou deprimidos em algum momento e por alguma razão - um aborrecimento, uma perda, uma frustração. Mas isso não tem nada a ver com a experiência da depressão maior. Quando um paciente com depressão maior diz para mim: "Você pode dizer que, quando está triste, se sente nostálgica. Mas quando se tem depressão, não se sente nada. Tudo perde a cor".

O paciente não estava longe da verdade. Há, de fato, uma base bioquímica para a depressão maior. O modelo clássico de depressão maior atribui a doença a um desequilíbrio dos neurotransmissores, noradrenalina e serotonina, no cérebro (Schwartz Et Schwartz, 1993). Acredita-se que a ocorrência da depressão maior dependa da interação desse equilíbrio bioquímico com a vulnerabilidade preexistente, estresse e tendências pessoais (Mrazek Et Haggerty, 1994). Pesquisas mais recentes indicam maiores complexidades no desenvolvimento da depressão (Duman, Malberg, Nakagawa Et D'Sa, 2000; Fujita, Charney Et Innis, 2000).

O que diferencia a tristeza da depressão, do sentimento de estar deprimido? O episódio da depressão maior é caracterizado por um período de pelo menos duas semanas nas quais o indivíduo experimenta um humor deprimido, falta de prazer ou de interesse em quase todas as coisas (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4. ed., revisado, DSM-IV; Associação Americana de Psiquiatria, 2000). Os sintomas podem incluir falta de

sentimentos, sentimentos de ansiedade ou de tristeza; maior irritabilidade, retraimento social; apetite bastante reduzido ou aumentado; não conseguir dormir (insônia) ou dormir muito (hipersonia); mudanças psicomotoras, tais como inabilidade para sentar-se imóvel ou para falar, pensar e mover o corpo lentamente; energia diminuída e aumento de fadiga; e um sentimento de inutilidade ou culpa. Os indivíduos podem pensar em suicídio ou até tentar suicidar-se.

Diferentemente da sensação de estar deprimido, o diagnóstico de depressão maior requer que o indivíduo esteja experimentando um grau clinicamente significativo de prejuízo nos relacionamentos sociais, ocupacional ou em outras áreas importantes do comportamento. Não raro, essa debilidade comportamental é atribuída, em grande medida, à deficiência nas habilidades de pensar, concentrar-se, tomar decisões, e se lembrar de algo ou de alguém, que são sintomas adicionais da depressão maior.

Existem inúmeras estratégias para o tratamento da depressão, que podem ser usadas sozinhas ou em combinação com outras, tais como medicamentos antidepressivos e várias formas de terapia verbal, como a psicoterapia, terapia comportamental, terapia cognitivo-comportamental e terapia breve (Beck, 1967; Schwartz Et Schwartz, 1993). O uso da eletro-convulsoterapia, anteriormente bastante indicado para o tratamento da depressão, tornou-se controverso devido ao uso excessivo e às complicações a ele associadas (Fink, 1999). O uso da metáfora pode ser integrado de diversas maneiras à terapia verbal.

Ansiedade e transtornos da ansiedade

Como a depressão, a ansiedade faz parte da condição humana. William Shakespeare, em *O mercador de Veneza*, descreve acertadamente a ansiedade como "Sua mente está se lançando no oceano" (Primeiro Ato, Cena I, linha 8). A ansiedade pode ser uma boa reação frente a uma ameaça ou perigo, porque prepara o corpo para lutar ou fugir, ou pode ajudar num conflito entre os valores internos e as exigências externas impostas ou entre valores contraditórios. Ao contrário da depressão, no entanto, que deriva de um foco em acontecimentos do passado, a ansiedade resulta de um foco em acontecimentos de um futuro antecipado, que podem ou não ocorrer. Em algumas situações, os indivíduos experimentam depressão pela expectativa de serem incapazes de controlar o futuro, a fim de evitar a temida ocorrência.

Sob algumas circunstâncias, a ansiedade pode realmente ser útil para o indivíduo. Por exemplo, um baixo nível de ansiedade numa prova motiva o estudante a se preparar melhor para ir bem. No entanto, altos níveis de ansiedade podem interferir na habilidade do indivíduo para processar corretamente a informação de seu ambiente (Clark et Beck, 1989; Coles, Turk, Heimberg Et Fresco, 2001) e pode causar sintomas como respiração acelerada (Gilbert, 2002), uma sensação de aperto no peito (Frankel, 2001), perda de apetite, sudorese (Heurtin-Roberts, Snowden Et Miller, 1997; Floehn-Saric Et McLeod, 1993; May, 1977; McLeod Et Floehn-Saric, 1993), e uma incapacidade de concentração (Fox, 1993; Mathews, May, Mogg Et Eysenck, 1990). Os indivíduos que vivenciam altos níveis de ansiedade podem ter pensamentos que não são relevantes para aquele momento (Ingram Et Kendall, 1987) e perceber a situação como ameaçadora mesmo quando não existe qualquer ameaça (Eysenck, 1991; Mathews Et MacLeod, 1994; Wells Et Papageorgiou, 1998).

O sentimento de ansiedade resulta da interação de vários sistemas que incluem o núcleo do tronco cerebral, o sistema límbico, o córtex pré-frontal e o cerebelo. O tronco cerebral é responsável parcialmente pelo controle da excitação, enquanto o sistema límbico é a parte do cérebro que controla nossas respostas emocionais e autônomas ao estresse. O córtex pré-frontal é responsável pela avaliação cognitiva, planejamento e tomada de decisão e, como tal, pode modificar respostas a estímulos que provoquem medo (Fuster, 1989; Pohl Et Gershon, 1990).

Embora o sentimento de ansiedade seja quase universal, o transtorno de ansiedade não é. Alguns estudiosos acreditam que os transtornos de ansiedade dirigidos a um objeto específico, como o medo de certos lugares, resultem de uma resposta esquiva condicionada (Hall Et Lindzey, 1957; Mowrer, 1951).

O transtorno de ansiedade generalizada, foco desta discussão, deve ser diferenciado de fobias específicas, de ataques de pânico e de transtorno do pânico. O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado pela predominância de preocupação excessiva em um período de seis meses e dificuldade de controlar essa preocupação; não ser direcionada a uma ocorrência específica ou a queixa física, como em uma fobia específica ou ataque de pânico; e não ser devido aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica (DSM-IV-TR, 2000). O adulto que sofre de TAG vivencia pelo menos três dos seis sintomas, resultando em sofrimento

clínicamente significativo, deficiência no funcionamento no contexto social, ocupacional ou em outras esferas da vida: agitação psicomotora, fadiga sem esforço relevante, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e transtornos do sono.

Margarete, já citada no capítulo 2, foi diagnosticada com transtorno bipolar, mas também sofria de transtorno de ansiedade generalizada. Como estava sempre preocupada a respeito de como seria o futuro e que trauma ou catástrofe poderia ocorrer, ela não era capaz de sentir paz ou de desfrutar até mesmo pequenos momentos de prazer. Por estar constantemente preocupada com tudo, não conseguia focar em uma tarefa específica ou decidir sobre um assunto em particular.

O tratamento para o transtorno de ansiedade generalizada pode consistir de uma ou mais abordagens: medicação, psicoeducação sobre a natureza do transtorno de ansiedade e algumas formas de intervenção psicológica (Andrews et al., 1994; Roemer Et Orsillo, 2005). A forma ideal de tratamento dependerá do tipo de transtorno de ansiedade de cada indivíduo e da intensidade dos sintomas. As metáforas podem ser usadas em conjunto com várias formas de intervenções psicológicas.

Transtorno bipolar

Para um diagnóstico de transtorno bipolar, o indivíduo precisa ter vivenciado um ou mais episódios maníacos ou hipomaníacos, tendo ou não vivenciado episódios depressivos (DSM-IV-TR, 2000). O indivíduo também pode ou não ter episódios de depressão maior, para ser diagnosticado com transtorno bipolar.

Um episódio maníaco consiste de um período de pelo menos uma semana de duração, ou menos se a hospitalização for necessária, durante o qual o indivíduo permanece com humor elevado, expansivo ou irritável. Um indivíduo com humor elevado ou expansivo deve apresentar três ou mais sintomas para ter o diagnóstico de mania, enquanto um indivíduo que demonstra um humor anormalmente irritável deve apresentar quatro: uma autoestima inflada ou sensação de grandiosidade; diminuição da necessidade (Ir dormir; distração, evidente inabilidade para filtrar estímulos irrelevantes; idrias fugidias ou a sensação de que seus pensamentos estão acelerados; discurso rápido, alto e muitas vezes hostil ou irritado; maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora, com ritmo e inquietação evidentes, e

envolvimento excessivo em atividades que poderiam ser prazerosas, mas que resultam dolorosas ou negativas, tais como surtos de compras, direção imprudente e comportamento sexual indiscriminado.

O episódio hipomaniaco também se caracteriza por esses aspectos, mas, em contraste com o episódio de mania, alucinações ou ilusões não podem estar presentes. Além disso, o humor anormal deve persistir por somente quatro dias para um diagnóstico de hipomania, diferente da duração de uma semana exigida para o diagnóstico de mania (DSM-IV-TR, 2000). Para que o indivíduo seja diagnosticado com mania e hipomania, os sintomas não podem ser atribuídos aos efeitos de substâncias ou a qualquer condição médica e deve resultar em debilitação significativa ou angústia em relação a importantes áreas, como no trabalho ou na vida familiar.

Se a mania não for tratada, poderá progredir por diversos estágios (Bowden, Kusumakar, MacMaster Et Yatham, 2002). Primeiro estágio, que é comparado com a hipomania, é caracterizado por um humor eufórico, irritabilidade se a demanda não é satisfeita, excesso de confiança e sensação de grandiosidade, pensamentos coerentes mas muitas vezes tangenciais, preocupação com religião ou sexo, pensamentos acelerados e aumento do ritmo do discurso e da atividade psicomotora, aumento nos gastos, no uso do telefone ou do fumo.

Quando conheci Sabrina, uma paciente da terapia de grupo para indivíduos com transtorno bipolar, ela exibia um comportamento que indicava hipomania. Sabrina era uma mulher solteira de seus 20 anos e tinha emprego de nível técnico em uma instituição médica importante. Sempre interrompia os outros membros do grupo, insistindo que suas experiências e insights eram mais valiosos e instrutivos do que os dos outros indivíduos ou de outros terapeutas. Exagerava a importância de suas contribuições para seus supervisores na empresa; fora do trabalho e da terapia, passava muito tempo fazendo compras excessivas, resultando em um aumento de dívidas no cartão de crédito a que sua renda não podia suportar.

O comportamento de Cátia ilustra os sintomas do segundo estágio de mania. Durante esse estágio, os indivíduos tornam-se mais hostis, e agressivos e/ou deprimidos, podem vivenciar ilusões, apresentam aumento da atividade psicomotora e da velocidade do discurso e podem apresentar um comportamento agressivo. Cátia era uma mulher de meia-idade que se considerava religiosa, inteligente e trabalhadora. Havia se recusado ao

tratamento do transtorno bipolar acreditando que "não havia nada errado com ela", exceto a perseguição implacável dos outros. Sua doença piorou gradualmente, resultando em uma severa perturbação que afetou o trabalho, suas amizades e o relacionamento interpessoal. Acreditava que agentes do governo a perseguiram para conseguir provas contra ela e assim desacreditá-la. Pessoas desconhecidas eram percebidas como ameaças. Finalmente, Cátia atacou uma mulher que tentava ser útil a ela, por achar que estava se protegendo contra o ataque de um investigador do governo.

Durante o terceiro estágio e o mais severo, os indivíduos perdem a esperança, ficam apavorados e incoerentes. Frequentemente se desorientam quanto ao tempo e lugar e experimentam ilusões e alucinações bizarras, envolvendo-se em atividades psicomotoras frenéticas (Bowden et al., 2002). A atriz Patty Duke, que sofre de transtorno bipolar, disse o seguinte sobre suas fases de mania; "Quando a mania começa a decair e você volta para o planeta, você começa a reconhecer que fez coisas muito estranhas" (Duke Et Hochman, 1992, p. 17).

Existe um componente genético envolvido no desenvolvimento do transtorno bipolar. A tendência é que os indivíduos desenvolvam o transtorno no início da fase adulta e, devido à natureza da doença, sofram dificuldades no emprego, na vida familiar e na escola. Há também maior risco de tentativas de suicídio (Miles, 1997). O transtorno bipolar não tem cura, mas pode ser tratado com medicação adequada (Yatham, Kusumakar Et Kutcher, 2002) e intervenções psicossociais (Bauer, 2002), nas quais podem ser usadas as metáforas.

Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

O TDAH é caracterizado por "um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade mais grave do que é comumente observado em indivíduos com um nível comparável de desenvolvimento" (DSM IV-TR, 2000, p. 85). Embora alguns sintomas do transtorno possam estar presentes antes dos sete anos, alguns indivíduos não são diagnosticados com esse transtorno até bem mais tarde. O diagnóstico de TDAH também pressupõe que o indivíduo apresente os sintomas por no mínimo seis meses e demonstre deficiência em pelo menos duas áreas, tais como na vida familiar e no trabalho.

Indivíduos com TDAH podem parecer desatentos ou negligentes na execução de suas tarefas escolares ou no exercício de suas funções no trabalho.

Frequentemente não são capazes de completar uma tarefa antes de começar outra e sentem dificuldade para organizar tarefas e atividades. Por causa dessas dificuldades, podem querer evitar tarefas que requeiram atenção e esforço. Indivíduos com TDAH distraem-se com pequenos estímulos e interrompem as tarefas que estavam fazendo para prestar atenção em barulhos e movimentos que outros são capazes de ignorar. A desatenção pode ser evidenciada por esquecimento, mudanças frequentes de assunto nas conversas e incapacidade de se ater a detalhes. A hiperatividade em adolescentes e adultos é expressa muitas vezes pelo nervosismo e incapacidade de exercer atividades relativamente tranquilas.

A Metáfora

A metáfora do donut é simples: "Mantenha o olhar no donut, não no buraco". Apesar da simplicidade dessa metáfora, ela pode ser usada com pacientes em diversos níveis.

Geralmente um donut é redondo, tem um buraco no centro e é doce. Para se tirar proveito dele, é preciso focar no donut, porque se focar no buraco não será possível saciar a fome. E como a maioria dos donuts é doce, o indivíduo que o consumir sentirá prazer em menor tempo. O foco em uma tarefa ou em um objetivo específico poderá, portanto, ser prazeroso.

Em um nível mais profundo, o uso da metáfora do donut possibilita que O indivíduo dê um passo atrás e se concentre no processo, como testemunha ou observador. Esse passo atrás, por sua vez, ajuda o indivíduo a reduzir o nível de reação e, finalmente, reduzir a probabilidade de perpetuar esse comportamento potencialmente autodestrutivo ou improdutivo, além de pouco gratificante.

Como o donut tem um formato circular, e o círculo é universalmente conhecido e viabiliza muitas associações, são possíveis muitas variações da metáfora. Podem ser apresentadas pelo conselheiro ou terapeuta ou pelo paciente. Por exemplo, considere os seguintes objetos, todos com formato circular: halo, símbolo de santidade; anel, símbolo de união e fidelidade; dois círculos entrelaçados como símbolo do infinito; roda, como símbolo de mobilidade; roda do dharma [ou da lei], um símbolo do Budismo, cujo movimento significa a contínua disseminação do ensinamento de Buda, em que

os oito raios representam o Nobre Caminho Óctuplo; círculo de fogo de Shiva Nataraja, rei da dança, o deus hindu da destruição e da reconstrução; bússola, que estabelece a direção; olho, representando a porta de entrada da alma; símbolo de yin e yang, significando os aspectos masculinos e femininos; e mandala, que se apresenta de várias formas, cada uma com seu conceito e finalidade, tal como a cura (Cornell, 2006; Tucci, 2001).

Usei a metáfora do donut em meu trabalho com indivíduos com dificuldade de concentração ou foco como um sintoma de depressão, de ansiedade generalizada, ou níveis menores de mania. Depois de apresentar a metáfora, pedi que me explicassem o que achavam que significava e como poderiam relacionar à situação de cada um. Essa analogia tem provado ser útil a muitos indivíduos, conforme ilustrado a seguir.

Usando A Metáfora

Tamara, uma mulher de seus 20 anos tinha sido recentemente diagnosticada com transtorno bipolar. Quando tinha 15 anos, sua mãe a expulsou de casa a mando do padrasto, que a achava difícil e pouco cooperativa. Foi hospitalizada por três meses, depois de uma tentativa de suicídio. Após a alta, participou de um programa intensivo para jovens emocionalmente perturbados, do qual foi dispensada ao completar 18 anos. Desde aquela época, tem se envolvido em vários relacionamentos de curta duração, alguns deles tão abusivos quanto o que ela sofreu com sua mãe e seu padrasto. Mais recentemente, tem se relacionado com uma pessoa bem mais velha que ela, que a ajudou a conseguir um emprego estável e a encorajou a participai do aconselhamento e a tomar os medicamentos prescritos para equilibrai sua variação de humor.

Tamara está em liberdade condicional há mais de um ano por danos materiais causados por uma mulher que pediu seu carro emprestado. Na época, o carro não estava no seguro e ela não tinha dinheiro para pagar os reparos. O oficial de justiça informou que a polícia não havia conseguido localizar a tal mulher e, portanto, para ser liberada da acusação eia deveria []agar a dívida. Caso contrário, seria condenada e iria para a prisão.

Tamara ficou aturdida ao perceber o tamanho do problema e sentiu- -se, inicialmente, incapaz de pensar em qualquer solução possível. Havia acabado

de começar a trabalhar em tempo integral e estava empenhada com a mudança para um novo apartamento e a cerimônia de noivado.

Usei a metáfora do donut com Tamara. Naquela situação, o que era o donut e o que era o buraco? Ela concluiu que o donut era encontrar uma solução para o problema da dívida, encerrar o processo com sucesso e dar início a uma vida com acontecimentos e possibilidades mais agradáveis. Seu namorado rapidamente fez um planejamento usando os rendimentos de ambos, concluindo que juntos seriam capazes de pagar toda a dívida em aproximadamente dois meses. Isso significaria adiar os planos do novo apartamento e da cerimônia de noivado. Ele conseguiu convencer Tamara de que o atraso era irrelevante diante do problema que tinham; em outras palavras, focar no atraso era realmente focar no buraco, ao invés de no donut.

Usei a metáfora do donut com João (detalhes adicionais sobre João, veja capítulo 5). No passado João sofreu episódios de depressão maior severa e estava distímico quando veio me consultar. João havia sido criado por sua avó materna e continuou morando com ela até a idade adulta. Ele a descrevia como uma pessoa controladora, negativa e mal-educada.

O quarto de João ficava no sótão da casa de sua avó. Um dia, ao voltar para casa do trabalho, descobriu que ela tinha tirado a cama de seu quarto e a colocado em outro quarto na casa, que ela planejava alugar para obter uma renda adicional. Ela entrou no quarto de João com um ancinho, ameaçando jogar fora tudo que estivesse no chão, o que incluía seus livros do curso universitário. João tinha uma prova marcada para aquele dia, mas, com medo que sua avó destruísse suas coisas, limpou o quarto em vez de ir para a aula. Chegou à faculdade muito tarde e foi obrigado a marcar uma prova substitutiva.

A mágoa e a raiva de João eram perceptíveis quando me contou esse episódio. No entanto, ele tinha dificuldade em delinear as atitudes que poderia tomar no futuro para evitar a repetição desse cenário. Perguntas diretas a João sobre possíveis caminhos que poderia seguir trouxeram somente raiva e/ou soluções irrealistas: "Me livrar da idiota!"; "Achar outro lugar para morar!". Diante dessa reação, entrei rapidamente com a metáfora do donut para ajudar João a identificar o que ele considerava importante e o que exigiria maior atenção. Fiz as seguintes perguntas a ele: "Você está pronto para testar uma experiência? Algumas vezes experiências funcionam e outras não. Vamos ver o que acontece com esta?". Após a relutante aprovação de João, eu pedi: "Vamos olhar para essa situação como um donut. Se você tentar comer o buraco, vai

ficar sem nada, portanto devemos focar no donut para conseguir alguma substância. O que é substancial aqui para você? O que é o seu donut, aquilo que você realmente quer?"

João decidiu que o "donut" era seu tempo e o sucesso no curso universitário, necessário para fazer uma pós-graduação e conseguir uma situação mais estável para si mesmo. O "buraco" seria começar uma luta de poder com sua avó e responder a ela de forma a intensificar o conflito entre os dois. Ele concluiu que o comportamento da avó não iria modificar-se, afinal ela tinha agido assim ao longo de muitas décadas, com os próprios filhos e com ele. No entanto, ele pode modificar sua postura diante da situação. João debateu as estratégias para minimizar as probabilidades desse tipo de situação se repetir: instalar uma fechadura na porta de seu quarto; guardar melhor os pertences que considerava valiosos, ao invés de deixá-los empilhados no chão; e, finalmente, economizar dinheiro para conseguir pagar seu próprio apartamento.

Verônica, uma mulher de mais de 30 anos, tinha sido diagnosticada com transtorno bipolar. Seu comportamento agressivo no passado havia resultado em diversas detenções e passagens pela prisão. Quando trabalhamos juntas, ela estava participando de um grupo de terapia para indivíduos que haviam tido alta hospitalar por tratamento do transtorno bipolar e depressão maior.

Durante uma sessão de grupo. Verônica expressou sua frustração com seu ginecologista. Ela havia feito recentemente exame ginecológico e papanicolau, depois de muitos anos. Durante o exame o médico havia descoberto um caroço na sua mama. Ele solicitou o exame de mamografia. Os resultados confirmaram a existência de um nódulo, mas a natureza específica não ficou clara. O médico a encaminhou para a biópsia, que ela fez dez dias antes dessa sessão de grupo. Verônica tinha telefonado diversas vezes para o consultório de seu médico para obter o resultado da biópsia, mas não conseguia falar com ele, e ele não respondia aos seus telefonemas.

Verônica disse que foi ficando cada vez mais agitada e com mais raiva. Ela passou a gritar ao se apresentar à assistente do médico e cobrava o resultado do exame dizendo que, se não o recebesse imediatamente, "ia bater nela até ela apagar". Conhecendo a história do passado de Verônica, a possibilidade de ela fazer exatamente isso era bastante real.

Apresentei a metáfora do donut e perguntei à Verônica o que o donut poderia representar naquela situação específica. Ela identificou a conversa com o médico como o objetivo final. Os membros do grupo reagiram a isso, dizendo que ela não precisava falar com o médico, e sim conseguir marcar uma consulta, na qual ele apresentasse o resultado da biópsia, explicasse o que aquilo significava e o que precisaria ser feito. Verônica concordou com essa observação.

Procedemos à dramatização de sua visita ao consultório. Verônica sendo ela mesma e outra mulher do grupo assumindo o papel da assistente do médico. Embora Verônica estivesse mais calma do que toda aquela fúria indicava, sua atitude com a "assistente" ainda era acusatória, afrontosa e ofensiva. Um membro do grupo correu para substituir Verônica, assumindo o seu papel.

Esta segunda "Verônica" começou a acalmar a "assistente", dizendo que compreendia que seu trabalho era bastante difícil e estressante, de muita responsabilidade, e elogiando sua maneira profissional de lidar com pacientes, que muitas vezes tinham comportamentos Inadequados. Verônica reagiu com raiva, dizendo que "não ia ficar se rebaixando pra ninguém". O grupo disse a ela que a assistente tinha muito pouco controle sobre a agenda do médico ou na liberação dos resultados dos exames, e que o objetivo de Verônica (o donut) era receber e compreender as implicações do resultado da biópsia, e não vencer uma disputa argumentativa com a assistente ou obter o reconhecimento da falta de atenção e de preocupação do médico com a sua situação. Na essência, o grupo apontou que Verônica teria maior probabilidade de sucesso em atingir sua meta se fosse capaz de conseguir que a assistente se aliasse a ela, ao invés de tratá-la como inimiga.

Verônica retomou seu lugar na dramatização e tentou usar essa abordagem com a assistente. Alguns dias depois, Verônica chegou ao grupo toda sorridente. Tinha conseguido convencer a assistente a marcar uma consulta com seu ginecologista. O sucesso de sua tentativa surpreendeu Verônica. Em sua concepção, seus esforços foram duplamente recompensados, com a notícia de que o resultado da biópsia era negativo e que o nódulo detectado era apenas um grande cisto.

Capítulo 4.

Floco De Neve:

Alcançando A Autorrealização

Autorrealização

A importância da autorrealização tem sido reconhecida com o passar do tempo. O judaísmo ensina:

Na vida, descobrimos que as pessoas são chamadas por três nomes: um é o nome que as pessoas são chamadas por seus pais; outro é como as pessoas a chamam e o outro é o nome que desenvolvem para si mesmas (Siegel, 1983).

William Shakespeare escreveu em Hamlet, "A ti mesmo seja verdadeiro" (Ato I, cena III, linha 78). Então, o que significa alguém desenvolver seu próprio nome e ser verdadeiro consigo mesmo?

Ser verdadeiro consigo mesmo e desenvolver o próprio nome, isto é, sua própria identidade, pode ser entendido como autorrealização. Abraham Maslow (1970, p. 150) definiu autorrealização como "a plena utilização e aproveitamento de talentos, capacidades, potencialidades". De acordo com Maslow, indivíduos autorrealizados são caracterizados por qualidades tais como criatividade, espontaneidade, autonomia, senso de humor, capacidade de manter profundos relacionamentos interpessoais, humildade e respeito aos outros, fortes padrões éticos, sentimento de apreço e admiração, necessidade de privacidade, autoaceitação e uma percepção acurada da realidade. Maslow (1959, 1970) indicou também que pessoas autorrealizadas focam mais em questões universais e sociais do que em seus problemas pessoais, identificam e se simpatizam com a humanidade e têm experiências místicas.

Além disso, Maslow percebeu que as pessoas autorrealizadas sem pre dizem ter tido experiências de mudança de vida, o que ele chamou de "experiências culminantes", que é quando o indivíduo é tirado de si mesmo para sentir-se em comunhão com outros seres, com a natureza, e com Deus (Maslow, 1970). Os indivíduos sempre foram desafiados a integrar essas

experiências, curtas, mas intensas, em suas vidas. Em contraste, as "experiências inferiores", que podem igualmente levar o indivíduo a examinar sua identidade e visão de mundo, ocorrem frequentemente no momento de uma crise, tal como uma emergência médica ou uma morte. A terceira forma de experiência, que Maslow chamou de "experiência platô" é caracterizada como um senso de felicidade e contentamento. Indivíduos autorrealizados, segundo Maslow, são capazes de integrar as experiências culminantes, inferiores e platô no seu cotidiano.

Maslow (1970) considerou que os indivíduos não conseguem se autorrealizar a menos que sejam capazes de identificar suas necessidades básicas. A parte mais baixa da hierarquia consiste em necessidades biológicas e fisiológicas, tais como a fome e a sede, seguidas por necessidades de segurança. O próximo degrau refere-se à nossa necessidade de amar e sermos amados. A seguir, vêm a satisfação de necessidades cognitivas, tais como conhecimento, compreensão e inovação; necessidades estéticas, como ordem e beleza, e, no topo da hierarquia, a autorrealização. Maslow colocou a necessidade de transcendência, ou necessidades religiosa e espiritual, no degrau mais alto da hierarquia. Embora alguns estudiosos tenham criticado a ordem das hierarquias das necessidades de Maslow (Neher, 1991), a existência desses domínios de necessidade e o conceito de autorrealização são amplamente reconhecidos (Hagerty, 1999; Ventegodt, Merrick Et Andersen, 2003).

O desenvolvimento da autorrealização implica no reconhecimento e desenvolvimento de cada talento e atributo dos indivíduos e na forma criativa de usá-los. Isso significa que a atual fase de crescimento de um indivíduo pode ser avaliada em função de seu potencial. Não quer dizer que um indivíduo deva ser comparado com outros, ou que um indivíduo visto como mais complexo do que outro tenha necessariamente mais chances de se autorrealizar.

Assim como cada indivíduo é único, no que diz respeito a uma combinação especial de traços de personalidade, talentos, características e experiências de vida, também não há dois flocos de neve iguais, seja na forma, seja na maneira como caem do céu (Roach, 2007). Por esse motivo, tenho visto que a metáfora do floco de neve é útil na discussão do conceito de autorrealização com os pacientes.

A Metáfora Do Floco De Neve

Um exame das similaridades entre os flocos de neve e as pessoas pode ser útil para entender por que o floco de neve funcionaria como metáfora no aconselhamento. A neve é, na verdade, "a precipitação de cristais de gelo, frequentemente agrupados em flocos e formados pelo congelamento do vapor de água que se encontra suspenso na atmosfera" (Dicionário Houaiss da língua portuguesa). Os cristais de neve podem ter mais de oitenta formas básicas, incluindo colunas, agulhas, estrelas, lâminas e formas irregulares. Na verdade, existem 10.000.000.000.000.000.000 (dez quintilhões) de moléculas em um cristal de neve típico; portanto o número de formas que podem adquirir é inimaginável (Gosnell, 2005). Da mesma maneira, ainda que os indivíduos possam se parecer superficialmente, em termos de aparência física e personalidade, eles na verdade são bem diferentes.

Em suas viagens à terra, os cristais de neve podem ter caído de uma altura de cerca de dez quilômetros e ter encontrado uma variedade de condições durante a queda. Mariana Gosnell (2005, p. 423) descreveu os riscos inerentes à queda de um cristal de neve para a atmosfera terrestre.

Gotículas de água grudam e na colisão formam a geada. Os ventos podem quebrar um, três ou cinco ramos (do cristal de neve). Outros cristais podem atingi-lo e unirem-se a ele. Descem em espiral, com uma borda angulada, mais na corrente de ar do que as outras, e uma vez que uma borda cresce mais depressa do que outra que ficou para trás (por ter mais vapor de água), O cristal que sustenta essa formação pode acabar desenvolvendo apenas um ramo.

Cada mudança nos flocos de neve irá causar modificação em sua formação e desenvolvimento (Libbrecht, 2006). Não é de se surpreender que o cristal de neve que chega à terra possa parecer diferente da maneira como era no início de sua formação. O mesmo acontece com os seres humanos, pois a história do crescimento do floco de neve determina como será sua forma final.

A temperatura é um determinante importante do formato do floco de neve (Libbrecht, 2005). Com o clima ligeiramente gelado, os cristais de neve parecerão lâminas. Se ficar um pouco mais frio, serão formadas colunas delgadas e agulhas (Libbrecht, 2006). A alta umidade produzirá cristais de neve complexos e ramificados, enquanto que a baixa umidade resultará em cristais de neve simples e facetados.

A "temperatura" também é importante para o desenvolvimento dos indivíduos. A falta de calor humano e afetividade pode causar uma significativa

angústia para a criança, especialmente se a ausência de carinho e atenção for prolongada (Polansky, 1982; Seiner Et Gelfand, 1995; Solantaus-Sirnula, Punamaki Et Beardslee, 2002; Spitz, 1945, 1946). Por outro lado, quando o ambiente é muito "quente" - isto é, quando se caracteriza por raiva ou violência excessivas -, a criança pode crescer como vítima ou agressora, magoando a si mesma ou aos outros, ou ser incapaz de reconhecer e respeitar os limites que existem nos relacionamentos saudáveis (Fagan Et Browne, 1994).

Os flocos de neve sempre exibem diversas facetas, que são superfícies cristalinas lisas. O crescimento das facetas é um fator importante no desenvolvimento de diferentes formas e padrões nos flocos de neve. Os reflexos dessas facetas dão brilho à neve. O mesmo acontece com os indivíduos que possuem diferentes dimensões de personalidade. As pessoas podem mostrar diferentes aspectos de si mesmas, de modo que em diferentes situações elas "brilham", enquanto que em outros ambientes parecem opacas.

O desenvolvimento de facetas é um processo de estabilização, resultando em superfícies lisas e formas simples. A formação de ramos, conhecida como ramificação, ocorre quando uma pequena elevação aparece na superfície do cristal. Como a elevação se projeta mais no ar supersaturado do que na área em seu entorno, as moléculas de água irão se acumular mais rapidamente naquela elevação. Essas elevações irão se tornar ramos e com outros ramos irão formar o todo. Em contraste com as facetas, as ramificações criam mais complexidade na estrutura do floco de neve, mas também trazem consigo aumento de instabilidade (Libbrecht, 2003).

Se compararmos o processo de desenvolvimento do floco de neve com o desenvolvimento do ser humano, notaremos que, como a maioria dos flocos de neve, as pessoas autorrealizadas, segundo a estrutura de Maslow, têm suas necessidades realizadas, tanto as biológicas e fisiológicas quanto as demais. As complexidades e autorrealização derivam das habilidades de integrar as "ramificações" culminantes e inferiores.

Algumas vezes, os flocos de neve desenvolvem o que chamamos de "instabilidade de navalha", quando o cristal forma uma borda afiada. Isso aumenta o crescimento dos cristais, os quais, por sua vez, afiam ainda mais as bordas. Pode ser entendido, como Maslow denominou, uma experiência inferior, que leva o indivíduo a examinar sua visão de mundo e sua identidade.

Usando A Metáfora

Assim como podemos focar em uma característica específica de um único floco de neve ou no processo em que ele se desenvolveu, também os pacientes podem usar a metáfora do floco de neve de diversas maneiras. Alguns pacientes podem usar a metáfora para refletir sobre seus sentimentos, enquanto outros acham útil identificar qualidades que acreditam que os tornam o que são, ou ainda para contemplar os fatores que influenciaram seus desenvolvimentos e a trajetória de crescimento.

Introduzi a metáfora do floco de neve para sugerir que, visualizar-se como um floco de neve ou a viagem que realizaria se fosse um floco de neve, pode ser um jeito tranquilo de se iniciar uma sessão. Descrevo rapidamente, então, como os flocos de neve são formados e sua viagem à terra, da forma como citei acima, mas de modo mais abreviado. Convido o paciente ou os pacientes a fechar os olhos e imaginar como ele seria se fosse um floco de neve, ou como seria sua viagem à terra, ou o que poderia acontecer se chegasse à terra como um floco de neve (descobri que os pacientes se abrem mais para visualizarem-se como flocos de neve, e que é mais fácil fazer isso se o inverno estiver se aproximando ou, em lugares onde neva, se ainda houver neve no chão). Os exemplos a seguir ilustram como vários pacientes participantes da sessão de grupo para adultos com transtorno bipolar e depressão maior utilizaram a metáfora do floco de neve.

Ester, uma mulher de seus 40 anos, tinha sido uma profissional dinâmica e muito respeitada em sua área, antes do início de sua depressão. Seus sintomas - forte sentimento de tristeza, falta de energia, sentimentos de inutilidade, incapacidade de concentração - pioraram gradativamente até o ponto em que ela não conseguia mais trabalhar nem cuidar de si mesma. Depois de um período de hospitalização, participou de sessões de terapia individual e em grupo, além de tomar os medicamentos prescritos para aliviar seus sintomas. Embora antes fosse capaz de cuidar da casa e suportar as grandes pressões do trabalho, Ester não conseguia mais fazer isso, mesmo depois da hospitalização, então se mudou para a casa de um de seus irmãos. Depois de um longo período durante o qual os sintomas não diminuía, ficou claro que ela nunca mais poderia voltar ao seu emprego por causa do tempo que ficou afastada e da consequente atrofia de suas competências profissionais.

Ester usou a metáfora do floco de neve como uma forma de expressar seus sentimentos sobre sua situação atual, constatando que "Existe somente escuridão, escuridão à minha volta. Não sinto nada. Sou só parte da multidão, nada. Sou só um pedaço". Quando pedi que me descrevesse como ela via um floco de neve caindo na terra, Ester repetiu, "Escuridão. Nada. Apenas escuridão à minha volta". Ester não conseguia se ver como um floco de neve; só via escuridão e obscuridade à sua volta. Enquanto continuava descrevendo sua viagem e chegada à terra como um floco de neve, ficou claro que ela não conseguia ver qualquer cor. Não tinha noção de limite e não incorporava o floco de neve, só "estava lá", como dizia. A descrição de Ester revelou a seriedade de sua depressão e inabilidade de olhar para fora. O uso da metáfora do floco de neve possibilitou que expressasse em palavras aquilo que antes não conseguia verbalizar. Essa nova habilidade de colocar seus sentimentos em palavras a surpreendeu e a aliviou. Agora, consegue colocar em palavras o que estava sentindo.

Emília estava surpresa com a ideia da metáfora do floco de neve, exclamando: "É profundo!". Tinha seus 20 anos na época e fora obrigada a tirar licença de seu trabalho para participar das sessões de terapia em grupo como parte do tratamento para seu transtorno bipolar. A Imagem que ela fez como floco de neve foi bem diferente da de Ester. Emília se viu integrada ao floco de neve e emanando reflexos multicoloridos, dizendo: "Eu reflito luz, alegria. É como o meu coração, luz". Emília achava que logo antes da morte, os indivíduos deviam ser como flocos de neve, refletindo luz e cor antes de finalmente enfraquecer e morrer. A descrição de si como floco de neve como luz multicolorida que refletia "tudo", espelhando sua aparência tensa, faia rápida e elevado nível de impaciência, sugeria hipomania.

Cândida, também com os seus 20 anos, tinha participado desse mesmo grupo por várias semanas. Ela se descreveu como um floco de neve com muitos ramos e pontas afiadas, e dava indícios de que ela era como o seu floco de neve porque também tinha muitas pontas que usava para manter as pessoas afastadas e se proteger. Seu floco de neve era simétrico, mas dentado, e ela preparou um ataque ao cair das nuvens em direção à Lena, empurrando os outros flocos de neve para longe. Perguntei a ela como a queda do floco de neve seria similar à sua própria vida. Cândida respondeu: "A melhor defesa é o ataque".

A resposta de Cândida e sua descrição como floco de neve era coerente com os relatos de seus familiares sobre as reações dela com eles e com os indivíduos que haviam sido seus amigos, mas tinham se distanciado, por não acharem justo seus ataques emocionais contra eles. Apesar de Cândida demonstrar reconhecimento de seu papel enquanto floco de neve, continuou a negar que tenha dito ou feito qualquer coisa que motivasse as pessoas a se afastar dela. Ou melhor, ela afirmou que eles fizeram isso porque ela era única, diferente e tinha um formato estranho, maravilhoso. Então ela sugeriu que seu floco de neve era diferente de todos os outros, e que gostava de ser diferente, não se importando se outra pessoa a olhasse e pensasse que ela era estranha.

Cada indivíduo, ao pensar em si como um floco de neve, foca em aspectos diferentes: Ester, naquilo que viu fora de si mesma, isto é, sua queda; Emília, a cor, e Cândida, a forma. Cada imagem delas próprias enquanto floco de neve ou a descrição da viagem como floco de neve requer uma discussão mais significativa do que aquela que poderia ocupar um contexto de sessão de grupo de 50 minutos, em que eram atendidos oito indivíduos. No entanto, a metáfora do floco de neve possibilitou que expressassem seus sentimentos, que até então haviam sido incapazes de compartilhar, e fornecessem uma visão sobre questões que pudessem ser abordadas em futuras sessões individuais.

Também tenho usado a metáfora do floco de neve em sessões individuais com meus pacientes. José, cuja situação está descrita com mais detalhes no Capítulo 5, assim como em outros capítulos, foi diagnosticado com esquizofrenia quando tinha quase 40 anos, embora tenha experimentado sintomas da doença algum tempo antes do diagnóstico formal, feito pelo psiquiatra. José usou a metáfora do floco de neve para descrever sua visão de si mesmo hoje e também como ele queria que os outros o vissem. Sua mãe, contou, sempre disse que ele era uma alma velha. Ele resolveu que se fosse um floco de neve, iria fazer parte de uma geleira existente há milhares de anos. Descreveu-se como um floco de neve complexo, com múltiplas dimensões, facetas e ramos, refletindo a complexidade de sua pessoa. Usamos essa descrição para começar a discussão sobre as várias complexidades da personalidade e da existência de José, como ele as via. José continuou explicando como ele é enquanto floco de neve:

Sou parte de uma geleira que representa indivíduos homossexuais. Não fazemos parte da água que constitui a grande sociedade. Estamos congelados, rejeitados, vistos como menos dignos e diferentes. Quando formos totalmente aceitos pela sociedade, a geleira se

dissolverá e faremos parte da água, parte da grande sociedade e nos pareceremos como todas as outras pessoas.

A descrição que José faz de si mesmo, como componente de uma geleira, serviu como ponto de partida por onde explorar seus sentimentos de marginalização por sua família e a sociedade em geral, sua necessidade de desenvolver maior sistema de apoio e seu desejo de ser mais conectado com a comunidade na cidade em que reside.

João, descrito no Capítulo 5 e em vários outros capítulos, era um homem de seus 20 anos que tinha sido diagnosticado com distímia, embora parecesse que ele tivesse sofrido pelo menos um episódio de depressão maior, alguns anos antes. João disse o seguinte sobre si como floco de neve:

Gostaria de saber qual forma eu teria. Eu curtiria a brisa gelada contra mim ao cair na terra. Teria muitos lados, porque sou instável. Seria grande, maior que os outros flocos de neve, e observaria tudo. Iria pousar em algum lugar diferente, onde não conhecesse nada. Seria sociável com os outros flocos de neve. Teria medo porque não conheço outros flocos de neve. A gente tem que se garantir.

Perguntei a João se ele já tinha se sentido desse jeito. Ele continuou me contando sobre a recente morte de um amigo que, disse ele, "foi um dos poucos que conheci e me entendia totalmente, sem me julgar. Estava sempre do meu lado, verdadeiramente interessado". João falou então sobre como a ideia de si mesmo como floco de neve tinha feito com que ele pensasse na morte do amigo de 33 anos que, como um floco de neve, tinha morrido ainda muito novo. A ideia do floco de neve fez João pensar em sua vida e na possibilidade de morrer jovem sem ter conseguido atingir suas metas. Então João falou da importância de controlar a depressão que, disse ele, poderia impedi-lo de realizar seus sonhos e levá-lo a uma morte prematura, metaforicamente:

E tão bom não estar deprimido. Tenho coisas pra fazer, não fico pensando no que eu não tenho. A depressão não deixa você seguir em frente, a depressão não deixa você fazer nada para sair dela. Você não pode deixar a depressão te controlar e racionalizar, assim você reconhece cada erro seu e sente que não tem nada que possa fazer a respeito. Então você se sabota e se deixa corroer.

Conversamos sobre o que significava para João "ter que se garantir". Ele sentia que não podia mostrar qualquer sinal de vulnerabilidade; tinha que ser "maior". Para ser respeitado, para "se garantir", tinha que desenvolver uma personalidade e um "personagem", que dissesse: "Se você mexer comigo, eu te mato". Essa postura ajudou João a permanecer vivo apesar da violência em sua família e na vizinhança, mas, paradoxalmente, também fez com que aumentasse seu medo de alguém "colocá-lo fora" para estabelecer seu próprio

representante e ordenar "respeito". Isso também interferiu em seus esforços para garantir e manter o emprego e para interagir numa sociedade diferente da que ele vivia.

João então se comparou com um floco de neve e, como acontece com ele, como é difícil para um floco de neve ser reconhecido separadamente de todos os outros flocos de neve. E continuou:

Toda a minha vida eu quis ter vinte e poucos anos, e agora já estão quase acabando. Quero ser capaz de me orgulhar do que fiz da minha vida. O pensamento que me consome é a possibilidade de não ser reconhecido. Decidi ser músico. Não quero viver o estilo de vida típico [de músico], com garotas e carros, zoação, essas coisas. Não existe [músico] respeitável e de credibilidade.

A metáfora do floco de neve pode ser usada junto com arteterapia (que será melhor detalhada no Capítulo 12). Materiais, como papel, tesoura, purpurina e cola, ficam à disposição no início da sessão de grupo ou individual. Depois de descrever a natureza do floco de neve, o paciente é convidado a usar o material fornecido para fazer um floco de neve que reflita quem ele é e/ou sua viagem à terra. Os pacientes são convidados a compartilhar as descrições de si como flocos de neve ou suas viagens ao conselheiro/terapeuta e com os membros do grupo, se for uma sessão de grupo. O foco no resultado do produto da arte e sua descrição cria, para alguns indivíduos, a distância necessária que reduzirá a ameaça de suas experiências na exploração de si mesmos e/ou de suas situações.

Masaru Emoto (2006) sugere que a imagem de gotas d'água, juntamente com trechos de músicas selecionados, podem ser úteis para aliviar o estresse e reduzir a dor corporal. Seu trabalho a esse respeito oferece a possibilidade de introduzir outra variação da metáfora do floco de neve, especialmente com indivíduos que não estão familiarizados com a neve, mas podem ver ou sentir a água. A metáfora da gota d'água ou do cristal de neve pode ser usada individualmente ou em grupo, juntamente com a música. Pede-se aos pacientes para usar a música e a imagem juntas para visualizar quem/o que eles são, ou quem/o que eles gostariam de ser, enquanto a gota d'água ou o cristal de neve se move devido à vibração da música. Alternativamente, os pacientes podem ter a opção de selecionar um trecho da música que reflita suas imagens como gota d'água ou cristal de neve, ou que incorpore suas viagens do céu até a terra.

A argumentação da experiência da metáfora com os trechos musicais pode aumentar a compreensão das respostas emocionais dos indivíduos. O estímulo

musical tem sido usado para facilitar a experiência e a identificação da emoção (Thaut, 1990); criar uma condição que promova a partilha dos problemas, sentimentos e pensamentos do paciente (Harper Et Bruce-Sanford, 1989); facilitar a compreensão das comunicações emocionais dos outros; e ajudar os indivíduos a sintetizar, controlar e modular seus comportamentos emocionais (Thau, 1990). Por causa dessas propriedades, a música tem sido usada em ambientes terapêuticos e educacionais para promover crescimento, insights, aprendizagem e realizar mudança comportamental (Bunt, 1988). Existe literatura sugerindo que, para indivíduos com doenças mentais severas, a música tem função terapêutica, incluindo total redução de sintomas psicóticos e dos sintomas negativos da esquizofrenia, melhorando o funcionamento social e aumentando de maneira subjetiva a participação em comunidade, diminuindo o isolamento social e aumentando o nível de interesse em acontecimentos externos (Gold, Heldal, Dahie Et Wigram, 2005; Hayashi et al., 2002; Taiwar et al., 2006; Tang, Yao Et Zheng, 1994).

Capítulo 5.

O Elefante E Os Homens Cegos: Descobrendo Novas Perspectivas

Papéis E Transformação De Papéis

Quando os indivíduos crescem, a eles são atribuídos e adquirem múltiplos papéis, isto é, funções ou posições sociais, cada um deles impregnado por um conjunto de padrões de comportamento esperado. Alguns desses papéis são atribuídos com base em diversas características ou traços, tais como idade ou posição socioeconômica. Outros são adquiridos por escolha ou como resultado de realizações individuais. O escritor Antoine de Saint-Exupéry observou, "ele é membro de um país, tem uma profissão, uma civilização, uma religião. Não é apenas um homem" (Escrito durante a guerra 1939-1944, citado em Saint-Exupéry, 2002, p. 43).

Cada uma das diversas funções, associações e identidades traz os mais variados direitos e obrigações. Por exemplo, as obrigações de um filho adulto à sua família, no papel de filho, são significativamente diferentes daquelas que o mesmo adulto tem no papel de chefe de família e pai de seus próprios filhos. Do mesmo modo, seja como advogado, médico ou conselheiro, o papel na função profissional lhe confere direitos e responsabilidades muito diferentes do que na função de vizinho de porta.

Muitos estudiosos acreditam que o pressuposto de múltiplas funções é, em geral, benéfico aos indivíduos. Uma estrutura mais complexa de si mesmo, isto é, a definição de si em relação a um maior número de domínios ou de um grande número de atributos, pode ajudar a proteger o indivíduo de turbulência emocional (Linville, 1982, 1987). Indivíduos com múltiplas funções beneficiam-se psicológica e materialmente, bem como em seus relacionamentos interpessoais (Barnett, 1999; Barnett, Marshall & Singer, Kepetti, Matthews Et Waldron, 1989; Waldron, Weiss Et Hughes, 1998).

No entanto, o pressuposto de múltiplas funções pode levar à tensão causada pelas dificuldades encontradas nas obrigações e exigências inerentes a cada função. Como exemplo, muitas mulheres entre 40 e 50 anos podem experimentar tensões como resultado de exigências conflituosas com o tempo e a energia limitados em virtude da diversidade e da intensidade de suas várias funções: esposa ou parceira, mãe de criança(s) pequena(s), filha de pais idosos e/ou doentes, funcionária, supervisora, paroquiana e assim por diante. Essas múltiplas funções podem levar não apenas à tensão, mas também a conflitos, se existirem expectativas contraditórias entre as funções ou se existirem discordâncias inerentes a cada uma delas. Acredita-se que grande parte da tensão que as mulheres enfrentam é atribuída às falhas no trabalho e à adaptação da família na mudança para outra realidade econômica e social (Scharlach, 2001; Silverstein, 1991; cf O'Neil Et Greenberger, 1994).

Outra perspectiva, ainda, foca no contexto em que um indivíduo cumpre uma ou mais funções, ao invés de atender apenas ao número de funções que ele consegue ocupar (Moen, Dempster-McClain Et Williams, 1989; Voydanoff Et Donnelly, 1999). Por exemplo, um indivíduo que em uma função específica recebe apoio de alguém importante para ele, provavelmente achará a função mais gratificante do que outro indivíduo, na mesma função, mas sem receber qualquer tipo de apoio (Stephen Et Townsend, 1997).

Várias circunstâncias afetam as habilidades dos indivíduos para que continuem tendo sucesso na função que assumiram, para transformarem a natureza da função que assumiram, ou transitarem para novas funções. A aposentadoria, por exemplo, pode ser o fim da função de empregado ou empregador, mas conduz a novos papéis como, por exemplo, ser professor particular de crianças com dificuldade de aprendizagem de leitura. É provável que todos os indivíduos experimentem perda de funções em muitos momentos da vida, simplesmente pelo envelhecimento da população e pelas exigências e responsabilidades que são sucessivamente adquiridas e perdidas e adquiridas novamente, assim como nos movemos da infância para a adolescência e para a vida adulta (Meyer, 2007).

Algumas perdas de papel, no entanto, resultam de circunstâncias imprevisíveis e incontroláveis, tais como a doença mental. Indivíduos que experimentam episódios graves de doença mental severa podem perder simultaneamente suas múltiplas funções: cônjuge, pai, mãe, empregado, empregador, amigo, motorista. Indivíduos que antes eram considerados, e

vistos pelos outros como independentes, podem acabar tendo uma posição de dependência. Frequentemente, essas perdas de função vêm acompanhadas de choque, revolta e tristeza.

Em tais circunstâncias, tenho usado a história dos homens cegos e o elefante como veículo para dialogar com o paciente sobre as implicações da perda de função e como ele pode integrar a perda à sua situação de vida de maneira positiva. Essa exploração pode se concentrar na capacidade do paciente continuar abordando uma ou mais dimensões das diversas demandas inerentes a determinado papel; na redefinição do paciente sobre a perda de função ou de si mesmo para poder continuar nesse papel; e/ou descobrir e criar novas funções para substituir aquelas que foram perdidas em consequência da doença mental.

A História Dos Homens Cegos E O Elefante

Talvez você se lembre da história dos homens cegos descrevendo um elefante. Cada homem estava em um ponto diferente em relação ao elefante, e cada um acreditava que o que "via" com suas mãos seria o todo. Essa história, na verdade, vem de um poema escrito por John Godfrey Saxe.

Seis homens sábios do Indústão, Uma terra bem distante. Ouviram, atentos, os boatos Sobre um animal gigante E, apesar de serem cegos, Foram ver o elefante.

O primeiro passou a mão Sobre a barriga dura e coalha E explicou bem confiante: "Minha análise não falha: Este tal de elefante Mais parece uma muralha!"

O segundo tocou as presas E proclamou com confiança "Este tal de elefante Não é brinquedo pra criança Tão pontudo e afiado Mais parece uma lança!"

O terceiro chegou à tromba Elogiando a bela obra "... tão comprido e gelado, Vejam só, ele até dobra! O flexível elefante Mais parece uma cobra!"

O quarto sentiu a pata E teve logo a recompensa. Percebendo as semelhanças Anunciou com indiferença; "Esse animal mais se parece com uma árvore imensa!"

O quinto tocou as orelhas E sugeriu, conservador: "Mas que belo utensílio. Nestas tardes de calor, Esse tal de elefante Mais se parece um abanador!"

O sexto subiu às costas Despencando na outra borda. E pendurado ao rabo, disse: "Não sei se alguém discorda, Mas pra mim este animal Mais se parece com uma corda."

Então os sábios homens Discutiram inconformados Cada um com seu discurso Sem ouvir os outros lados, Pois estavam certos, em partes, Mas completamente errados!

Há um verso final, menos conhecido, que nos informa a moral da história:

Em alguns embates teológicos. Cada debatedor insensato Prosa em pura ignorância Do que diz o outro incauto Tagarelando de um Elefante Que ninguém viu de fato!

Assim como os homens cegos "viram" diferentes aspectos do elefante, acreditando que tinham visto o elefante inteiro, nós também vemos que o elefante tem sido dotado de vários significados em diversas culturas e crenças. O elefante tem sido usado no Budismo para exprimir a força da mente, assim como a aspiração, o esforço, a intenção e a capacidade analítica de Buda. Os elefantes, simbolizando a força mental de Buda, às vezes são usados para enfeitar a estupa - monumento ou parte de um templo, construído em forma de torre, como símbolo da fé e representação arquitetônica do cosmo.

A arte hinduísta revela ainda outros significados do elefante. Os elefantes eram também usados como símbolos de nuvens de chuva, guardiões das trevas, símbolo da ignorância (Elgood, 1999). No entanto, o elefante tem significados ainda maiores no contexto da religião hindu.

Conforme a lenda, o deus Siva (também conhecido como Shiva), senhor da destruição e da renovação, veio ver sua esposa Parvati. A figura de um jovem rapaz bloqueou sua passagem. Sem perceber que aquela figura era seu próprio filho, Siva o decapitou. Parvati ficou desolada, com muita raiva e ameaçou destruir céus e terra. Siva prometeu trazer a cabeça do primeiro ser vivo que visse, que foi o elefante. A cabeça do elefante foi colocada no corpo sem vida do jovem rapaz, que reviveu. Deram o nome de Ganesha para o filho de Parvati, sendo gana (seguidores de Siva) e یشa (lorde). Lorde Ganesha é comumente representado com a cabeça de elefante e quatro braços ou mais, cada uma segurando um símbolo. A cabeça do elefante simboliza auspiciosidade, força e aptidão intelectual. Lorde Ganesha é venerado como o guardião das entradas e o removedor de obstáculos, é o "Senhor dos Inícios" (Elgood, 1999).

A cegueira dos homens que procuraram entender a natureza do elefante também está impregnada de valor simbólico, que pode ser usado como metáfora. Há inúmeras referências sobre a cegueira no Novo Testamento, as quais fornecem fundamento. Por exemplo, Mateus 15:14 refere-se aos fariseus como homens cegos e observa a loucura de um cego guiando outro cego, declarando: "Ora, se um cego guia outro cego, os dois caem no buraco". Em Mateus 20:29-34, vemos que a cegueira é essencialmente equiparada com a necessidade da redenção de Cristo:

Quando [Jesus e seus discípulos] estavam saindo de Jerico acompanhava- -os uma grande multidão. Nisso dois cegos sentados à beira da estrada ouviram que Jesus estava passando. Gritaram: "Senhor, Filho de Davi, tem compaixão de nós!". A multidão os repreendia para que se calassem. Mas eles gritavam ainda mais alto: "Senhor, Filho de

Davi, tem compaixão de nós!". Jesus parou e os chamou dizendo: "Que quereis que eu vos faça?". Eles disseram: "Senhor, que nossos olhos se abram!". Jesus teve compaixão e tocou nos olhos deles. Imediatamente recuperaram a vista e passaram a segui-lo.

Não é de se surpreender, levando em conta essa passagem, que a venda nos olhos tenha sido usada como símbolo da cegueira espiritual, a escuridão nascida da ignorância (Hall, 1979).

Usando A Metáfora

Apresentei esta metáfora aos meus pacientes, tanto individualmente quanto em grupo, sugerindo que ler um poema e depois discutir os pontos relevantes com os presentes poderia ser uma forma mais relaxante e produtiva de iniciar a sessão. Pedi que lessem o poema e perguntei a eles o que achavam relevante em suas vidas em geral ou na situação atual. Descobri que os pacientes usam essa metáfora das mais variadas formas.

José, por exemplo, comparou os vários aspectos do elefante com o número de papéis que assumiu na vida, ou que lhe foram dados. Como exemplo, alguns papéis que ele mencionou foram: irmão, filho, namorado, troféu (para seu último relacionamento), instrutor e amigo. Usamos essas observações para começara explorar como os vários papéis se sobrepunham e como eram diferentes uns dos outros, as constâncias e inconstâncias entre eles, sua descrição para cada um deles e a dimensão dos vários aspectos que José poderia ou desejaria integrar para obter um todo coeso. José sentia que, no fundo, nunca seria capaz de alcançar uma consistência e integração completa de todos os seus papéis, pois os membros de sua família não apoiavam nem aceitavam suas escolhas, esforçando-se para "convertê-lo", afirmando que ele "poderia trabalhar sua mente e conseguir o que quisesse". O uso da metáfora, no entanto, ajudou José a refletir sobre até que ponto uma coesão maior poderia ser alcançada e as estratégias a serem usadas para conseguir isso.

João, por outro lado, pareceu associar mais fortemente a ideia da cegueira. Quando apresentei a ele pela primeira vez o poema, ficou muito impressionado por perceber como tinha sido cego na forma como estava vivendo a vida, com seu verdadeiro caráter e comportamento. João mencionou que sempre havia pensado em si como alguém seguro, confiável e firme. Além disso, achava o mundo um lugar perverso, em que sempre haveria alguém tentando ser melhor

que ele. De fato, a visão que João tinha era de que a vida era uma luta constante, sem alívio.

João disse que a metáfora o fez pensar no que poderia estar na sua frente e que ele não conseguia ver por causa de sua cegueira metafórica. Estava surpreso por perceber sua insegurança e até mesmo chocado por descobrir como tinha sido cego diante de atitudes bondosas que haviam sido demonstradas a ele por várias pessoas de sua rede de amigos e conhecidos, aparentemente sem qualquer outro motivo que não fosse o de ajudá-lo.

Léo, um rapaz que conheci em um grupo, usou a metáfora de uma forma completamente diferente. O grupo vinha discutindo relacionamentos românticos e os critérios que cada um usava para determinar se o(a) parceiro(a) ou o candidato(a) a parceiro(a) realmente os amava e os respeitava. Léo começou a descrever como tinha sofrido nas mãos de uma pessoa com quem se relacionara. As diversas maneiras de ver um elefante o levaram, em primeiro lugar, a perceber as inúmeras formas de justificar o comportamento abusivo dessa pessoa e, posteriormente, as diversas estratégias que o indivíduo pode usar para se livrar de um relacionamento abusivo.

Délia, uma moça solteira de seus vinte anos, participava de um grupo para indivíduos com transtorno bipolar e depressão maior. Délia já havia discutido seu sofrimento com o alto nível de ansiedade que tinha todos os dias quando voltava para casa e ficava ali sozinha. O silêncio e a solidão, disse, a faziam "perder o bom senso", levando-a a passar a noite inteira comendo e zanzando pelo apartamento.

Délia e os outros membros do grupo usaram a metáfora do elefante para identificar os diversos mecanismos que poderiam ser usados para reduzir seu nível de ansiedade. Foram bem concretos na analogia, cada parte do elefante sendo usada para descrever uma estratégia particular. Como exemplo, a tromba do elefante seria a mangueira do aspirador de pó: ela poderia usar seu tempo de forma produtiva para limpar o apartamento, que, em suas palavras, "estava um desastre". As orelhas do elefante tornaram-se as orelhas de Délia: ela poderia usá-las para ouvir músicas relaxantes, que a ajudassem a se acalmar e assim conseguir dormir.

Como visto, os pacientes usam a metáfora do elefante e os homens cegos para identificar estratégias que ajudem em várias situações (papéis conflitantes, término de relacionamentos, falta de sono, ansiedade) e a natureza de suas

"cegueiras". Os pacientes podem, inclusive, usar a metáfora para identificar estratégias que os ajudem a superar suas "cegueiras" e manter ou recuperar a "visão". A metáfora pode ser associada à interpretação de papel de um indivíduo ou de membros do grupo. Nesse caso, cada "papel" ou "homem cego" representa uma perspectiva diferente de uma dada situação, esclarecendo as diversas perspectivas que podem ajudar os pacientes a reformular o entendimento do que aconteceu ou da situação em questão.

Capítulo 6.

A Escada:

Medindo O Crescimento

Estágios De Desenvolvimento E Crescimento

No Capítulo 2, discutimos rapidamente, com a metáfora da bicicleta, o modelo para o desenvolvimento humano formulado por Erik Erikson. Naquele capítulo, focalizamos especificamente o desenvolvimento de uma orientação futura durante o período da adolescência. Neste capítulo, consideramos o modelo completo do desenvolvimento psicossocial de Erikson, e como pode ser usado em conjunto com a metáfora da escada, tanto para avaliar a atual fase de desenvolvimento do paciente, quanto para medir mudanças durante a terapia de longo prazo ou no aconselhamento.

Erikson supôs que o crescimento e desenvolvimento psicossociais ocorrem por estágios, cada um deles associado a uma crise psicossocial (Erikson, 1997). Nesse contexto, uma "crise" é concebida como "um momento decisivo, para o melhor ou para o pior" (Erikson, 1964, p. 139), à qual o indivíduo pode ou não, responder de forma adaptativa. O alcance da resolução com sucesso de cada crise que o paciente consegue atingir depende de suas experiências durante os primeiros estágios de desenvolvimento. Portanto, cada estágio marca o desenvolvimento de uma faceta da identidade do indivíduo em relação ao mundo social externo; as partes que constituem o indivíduo dão origem ao indivíduo como um todo (conhecido como teoria epigenética). A boa resolução da crise, em um determinado estágio de desenvolvimento, resulta no desenvolvimento de uma força psicológica básica ou de vantagem naquele estágio.

Estágio 1 - Infância

Durante a infância, na medida em que os cuidadores, tais como os pais, atendem às necessidades físicas e psicológicas da criança e a maneira com que

fazem isso, irão determinar a extensão na qual a criança desenvolve a confiança ou desconfiança no mundo e nas pessoas que a cercam. As crianças que desenvolvem o senso de confiança irão desenvolver a virtude (a esperança).

Estágio 2 - Primeira infância

Erikson caracterizou o conflito psicossocial durante este estágio como autonomia versus vergonha ou dúvida. A adaptação nesta fase produzirá o valor da vontade. A reação dos cuidadores, como os pais, à capacidade da criança e necessidade de fazer coisas por si mesma irá determinar se a criança demonstrará autonomia ou dúvida.

Estágio 3 - Idade de brincar

A crise psicossocial apresentada durante este estágio de desenvolvimento é a da iniciativa versus culpa. As crianças que têm a oportunidade de iniciar suas habilidades motoras e intelectuais irão adquirir o valor da intenção. A habilidade para brincar, que é adquirida durante este estágio, formará a base para o bom humor na vida adulta. As crianças que não recebem apoio adequado neste estágio desenvolverão o senso de culpa.

Estágio 4 - Idade escolar

Este período do desenvolvimento é marcado por um conflito entre autoridade e inferioridade. Uma criança adaptada aprende a amar o aprender e a jogar de forma consistente, o que Erikson chamou de "hábitos de produção" (Erikson, 1997, p.75) e desenvolve o valor da competência. A não adaptação nesse estágio é caracterizada por uma competição excessiva ou pelo desenvolvimento do sentimento de inferioridade.

Estágio 5 - Adolescência

A adolescência reflete o conflito entre identidade e confusão de papéis. Durante este estágio de desenvolvimento, o indivíduo deve integrar, de forma seletiva, as experiências da infância e as várias imagens que tem de si mesmo. Os indivíduos devem se engajar em alguns papéis que repudiam, para alcançar essa integração de autodesenvolvimento; alguns papéis podem realmente comprometer a síntese da identidade do indivíduo e devem ser descartados. A

integração bem-sucedida produzirá capacidade psicológica ou o valor da fidelidade, que está relacionada tanto com a confiança infantil quanto com a convicção adulta. Por outro lado, os indivíduos que não passam por este estágio do desenvolvimento podem se engajar em papéis de repúdio mais globais, levando à desconfiança sistemática ou ao desenvolvimento de uma negatividade que consiste em identificar comportamentos e características sociais inaceitáveis.

Estágio 6 - Juventude

Durante este estágio, os indivíduos precisam desenvolver a capacidade de tornarem-se íntimos e atentos com os outros. O desafio é tornar-se capaz de se envolver em um relacionamento que exija compromisso e sacrifício. A antítese para essa intimidade é o isolamento, que pode estar associado ao medo de perder a identidade em um relacionamento. Os indivíduos que conseguem resolver esse conflito com sucesso adquirem o valor de amar e exibem padrões saudáveis de cooperação e competição em suas relações com os outros.

Estágio 7 - Vida adulta

O sétimo estágio reflete a crise da ritualização generativa versus ensimesmamento e estagnação. A ritualização generativa engloba procriação, produtividade e criatividade, dando origem a novos seres (crianças), novas ideias e novos produtos. Por outro lado, aqueles que ficam estagnados permanecem focalizados em seus próprios desejos e vontades, resultando naquilo que Erikson chamou "frustração generativa" (Erikson, 1997, p. 68). A virtude ou a força que é derivada da resolução bem-sucedida deste conflito é a consideração, que significa um compromisso mais amplo de "cuidar" de pessoas, produtos e ideias. A virtude ou força pode estender-se à ideia de universalidade, como cuidar do bem-estar de todas as crianças.

Estágio 8 - Velhice

Erikson supôs que o estágio final da vida seria caracterizado pelo conflito entre integridade e desesperança (Erikson, 1997). Durante esse estágio, o indivíduo irá olhar para a vida que passou. Poderá ver sua vida como satisfatória e significativa (integridade) ou profundamente insatisfatória (desesperança). A primeira forma implica na aceitação da morte, em uma perspectiva filosófica, enquanto a outra sugere um medo da morte e a sensação

de que "o tempo é curto, muito curto para tentar recomeçar outra vida e experimentar caminhos alternativos..." (Erikson, 1951, p. 269). Aqueles (que conseguem passar por esse estágio com sucesso terão desenvolvido a sabedoria.

Estágio 9 - Gerotranscendência

O modelo inicial de estágio do desenvolvimento psicossocial de Erikson foi formado por apenas oito estágios. No entanto, um nono estágio foi adicionado posteriormente, para refletir o conflito que nasce durante os últimos anos de vida (Erikson, 1997).

O nono estágio de desenvolvimento, que corresponde à fase dos 80 aos 90 anos de vida, é sempre caracterizado por um sentimento invasivo de perda - dos sentidos físicos, tais como a capacidade de ouvir e enxergar, de amigos e familiares que morreram antes dos mais velhos; de ser reconhecido pelos outros como uma fonte de conhecimento e sabedoria. Joan Erikson (1997, p. 114) tem caracterizado o dilema enfrentado pelos mais velhos, nesta fase de suas vidas:

Nossa sociedade não conhece verdadeiramente a forma de integrar idosos em seus principais padrões ou convenções ou em seu funcionamento vital. Ao invés de serem incluídos, os idosos são muitas vezes marginalizados, abandonados e esquecidos; eles são vistos não como portadores da sabedoria, mas como personificações da vergonha.

Consequentemente, o estágio da gerotranscendência reflete um conflito entre o senso de profundo desespero associado a obstáculos, encargos e perdas da idade avançada e a confiança e a esperança básicas, que dão lugar à razão para que a vida continue.

Alguns estudiosos expandiram os conceitos de Erikson. Como exemplo, John Kotre (1984, p. 10) definiu generatividade dizendo que "o desejo de investir é a essência em forma de vida e de trabalho que irá sobreviver a si mesma". Ele partiu da hipótese de que existem quatro tipos principais de generatividade, incluindo (1) o tipo biológico, que foca na relação e no estímulo do filho; (2) o tipo parental, que enfatiza a alimentação e a disciplina dos filhos, assim como a iniciação nas tradições familiares; (3) o tipo técnico, que envolve a transmissão de conhecimentos e competências para os sucessores; e (4) o tipo cultural, que trata da criação, renovação e conservação de um sistema de símbolos e sua transmissão aos sucessores.

No entanto, há um desacordo significativo em relação às premissas básicas do modelo de Erikson, segundo o qual os indivíduos necessariamente passam por estágios e que esses estágios ocorrem ordenadamente ou de forma sequencial. Essas críticas incluem: a natureza rígida e determinista do próprio modelo de estágio; a falha em delinear começos e fins claros de cada estágio; a interpretação da divergência do indivíduo nos estágios enumerados, significando desajuste; e a falha em considerar o contexto social e histórico do desenvolvimento dos indivíduos e correspondente necessidade para levar em consideração a hipótese de estágios de desenvolvimento do ciclo de vida no contexto social e histórico (Falicov, 1984; Peck, 1968; Weiland, 1992).

Diversos estudiosos propuseram modelos alternativos para a investigação do crescimento e desenvolvimento do adulto. Por exemplo, McCrae e Costa (1990, 1997) têm focado seus trabalhos na construção de uma compreensão da adaptação do indivíduo como uma função da interação entre a personalidade do indivíduo e o meio ambiente. Desenvolveram um modelo de personalidade com cinco fatores, sustentando que todos os indivíduos possuem cada uma das características em diferentes graus e que, quanto maior for o grau de determinada característica, maior probabilidade a pessoa terá de mostrar comportamentos geralmente associados a tais características. O modelo dos cinco fatores engloba: (1) neuroticismo, significando a probabilidade de o indivíduo experimentar emoções desagradáveis e como reage a elas; (2) extroversão, ou a extensão da interação social e da atividade que o indivíduo prefere; (3) abertura, ou o grau de receptividade do indivíduo a novas ideias e experiências; (4) afabilidade, referindo-se ao nível de compaixão e motivação do indivíduo para evitar conflito, entre outras qualidades; e (5) conscienciosidade, ou seja, o grau de ambição e organização do indivíduo, além das qualidades relacionadas (McCrae e Costa, 1990, 1997).

Apesar das críticas do modelo de Erikson sobre o desenvolvimento psicossocial, o modelo em si serve como metáfora. A metáfora da escada pode ser usada para ajudar os pacientes a avaliarem onde se encontram em termos de crescimento e anteverem os estágios subsequentes de suas vidas. O conselheiro ou terapeuta também pode usar a metáfora para avaliar o crescimento do paciente durante a terapia. A universalidade da escada como símbolo ainda facilita a sua utilização como metáfora.

A Metáfora Da Escada

A escada tem sido usada como símbolo por grupos com convicções bem diversas. No Antigo Testamento, conhecemos a história de Jacó e a escada.

Em sonho, [Jacó] viu uma escada apoiada no chão e com a outra ponta tocando o céu. Por ela subiam e desciam os anjos de Deus. No alto da escada estava o Senhor, que lhe dizia: "Eu sou o Senhor, Deus de teu pai Abraão, o Deus de Isaac. A ti e à tua descendência darei a terra em que estás dormindo. Tua descendência será como a poeira da terra. Tu te expandirás para o ocidente e para o oriente, para o norte e para o sul. Em ti e em tua descendência serão abençoadas todas as famílias da terra (Gn 28,12-14).

Nesse contexto, notamos que a escada simboliza a conexão que une o céu à terra (Cirlot, 2002) e Deus ao homem.

O Alcorão usa da mesma forma a escada como símbolo de conexão entre o céu e a terra, entre homem e Deus.

Se a rejeição chega a ser demais, debes saber que mesmo que caves um túnel através da terra, ou que subas numa escada para o céu, e produza o milagre para eles (ainda assim não acreditariam). Deus, se quisesse, poderia tê-los guiado por unanimidade. Portanto, não te comportes como os ignorantes (Surata 6,35).

Albrecht Dürer em sua gravura intitulada Melancolia I, executada em 1514, usou o simbolismo da escada para descrever essa conexão entre o céu e a terra. Cada um dos sete degraus simbolizava um dos sete metais básicos invocados pela alquimia - ouro, prata, mercúrio, cobre, chumbo, estanho e ferro (Kruger, 1999). A alma serviria para realizar a ascensão ao céu, um passo de cada vez. Não é de se surpreender, então, que a escada passasse a representar, assim, tanto os vários níveis de consciência que existem entre o homem e seu self divino, quanto à realização da totalidade e da unidade. Descer a escada passou a significar uma tentativa de escapar de nossas responsabilidades espirituais.

O filósofo judeu Maimônides, nascido em 1135 em Córdoba, Espanha, e que mais tarde fugiu para o Egito após a invasão do país pelos muçulmanos fundamentalistas de Marrocos, usou a escada e os degraus para simbolizar os vários níveis de caridade. O degrau mais baixo representou a relutância da doação feita por um doador a um destinatário conhecido, resultando em sentimentos de embaraço, vergonha e obrigação por parte do destinatário. Em contrapartida, o degrau mais alto da escada da caridade consistia em doar de tal forma que desenvolvesse a autossuficiência (Salamon, 2003).

Usando A Metáfora

Os pacientes podem querer usar a metáfora de diversas outras maneiras, além daquelas que avaliam seu crescimento. Por exemplo, há os que visualizam os degraus da escada como acontecimentos críticos ou momentos decisivos em suas vidas, quando tiveram que tomar decisões importantes ou quando eventos externos mudaram o curso de suas vidas.

Você deve se lembrar de João, que, conforme explicado em outros capítulos, tinha sido diagnosticado com distímia e se apresentado com inúmeras questões que iam desde uma vida familiar disfuncional e a história de abuso sexual na infância, até questões sobre sua própria identidade sexual, além da convivência em uma vizinhança violenta. João usou a metáfora da escada para olhar para sua situação pessoal em um contexto mais amplo de seu ambiente. Ele se colocou no lugar que tinha estado, no degrau mais baixo da escada: desempregado, usuário de álcool e maconha, relacionando-se com outras pessoas de forma descompromissada. Quando pôde se ver progredindo em direção à sua meta, foi gradualmente se movendo para os outros degraus da escada: subiu um degrau por ter concluído o segundo grau, outro degrau por ter se matriculado na faculdade, ter completado com sucesso alguns cursos, estar empregado. O degrau mais alto da escada, disse João, significava ter com emprego estável, uma vida boa e significativa e uma boa moradia. Desta maneira, o uso da metáfora da escada por João assemelha-se à hierarquia das necessidades desenvolvida por Maslow.

Um tempo atrás, João emprestou a um amigo seu novo carro, recém-adquirido, que ainda estava pagando. João havia deixado de pagar o seguro do carro por não ter dinheiro para as prestações, já que comprara celular e roupas novas. O amigo se acidentou e deixou o carro em péssimas condições; o valor do conserto superava a quantia que João continuava devendo para a compra do carro. Ele ficou surpreso quando o amigo se recusou a contribuir com o custo do reparo do carro. Por sua decisão, retrocedeu então dois degraus da escada, por ter negligenciado seu orçamento e tomado decisões equivocadas a respeito de seu carro e da escolha de seus amigos.

José usou a metáfora da escada de forma bem parecida com a de João. Como já foi dito anteriormente, José apresentava sintomas agudos de esquizofrenia e tinha ido morar com seu pai e a madrasta em uma área rural muito conservadora de seu Estado. Nesse cenário, José era incessantemente

bombardeado com advertências de que seu destino seria o inferno por causa de sua homossexualidade. Além disso, José sentiu-se infantilizado por seu pai ter se recusado a deixar de controlar suas finanças, mesmo depois de sua saúde mental ter melhorado significativamente, e também por não permitir que seus amigos o visitassem.

Ao usar a metáfora da escada, José identificou o degrau mais baixo como a representação da fase mais difícil da doença, quando ouvia muitas vozes não identificadas, que continuamente qualificavam seu comportamento como ridículo e José como um idiota e fracassado; tinha perdido o emprego; foi à falência por causa da perda de rendimentos e consequente incapacidade de pagar suas dívidas e tinha perdido todas as suas economias, exigidas pelo pai como compensação por deixá-lo morar na casa dele. José foi subindo gradualmente para os outros degraus da escada que construiu: O primeiro, por ter se mudado para seu próprio apartamento, mesmo sendo em um prédio com outras pessoas mentalmente doentes; o segundo, por ter conseguido um emprego de meio período, estar morando em seu próprio apartamento e aprendendo a usar um computador pessoal; o terceiro, por ter se mudado para o subúrbio de uma cidade grande, assumindo um emprego de tempo integral e moradia estável; o quarto, por manter tudo que havia alcançado no degrau anterior, além de ter dado início a uma poupança e ter restabelecido o contato com antigos amigos.

Diferente da maneira com que João e José usaram a metáfora da escada, em que ambos mediram a capacidade de sair do ambiente que lhes oprimia e identificar os objetivos e progressos que estavam fazendo, o uso da metáfora da escada por Walter refletiu ainda mais a descrição de Erikson com uma sucessão de estágios. Walter, cuja situação será discutida mais detalhadamente no Capítulo 9, tinha seus 60 anos, continuava trabalhando em meio período e passava grande parte do tempo cuidando da esposa, diagnosticada com a doença de Alzheimer, ainda em fase inicial. Talvez motivado em parte pela deterioração da saúde física e mental de sua esposa, e também sentindo necessidade de manter uma conexão emocional com ela pelo maior tempo possível, antes que deixasse de reconhecê-lo completamente, Walter começou o processo de olhar para o passado e rever os anos de convivência conjugal, as experiências e alegrias ao criarem os filhos, os momentos mais íntimos e as conquistas pessoais e profissionais. Viu sua vida como tendo sido significativa e produtiva, e considerou as realizações e os prazeres do passado como base

para projetar a próxima fase, depois que sua amada esposa Cristal não estivesse mais presente.

Capítulo 7.

Siga A Estrada De Tijolos Amarelos: A Busca Pelo Self Desconhecido

O Self Desconhecido

Carl Jung sugeriu que cada indivíduo está em busca de um significado e da conquista da integração pessoal e do sentido de totalidade (Jung, 1938). Ele chamou essa integração de "individação" de si mesmo. Essa integração, postulou Jung, exige que o indivíduo reconheça e tome posse das partes de "si mesmo" consideradas "menores". Jung explicou que:

É verdadeiro que quem olha no espelho d'água, vê antes de tudo sua própria imagem. O que vai para si mesmo corre o risco de encontrar-se consigo mesmo. O espelho não favorece, mostra com fidelidade a figura que nele se olha, faz-nos ver esse rosto que nunca mostramos ao mundo, porque o cobrimos com a persona, a máscara do ator (Jung, Os arquétipos e o inconsciente coletivo, citado por Staub de Laszio, 1993, p. 381).

Jung chamou essa porção desconhecida do self de "sombra". Notou a dificuldade inerente em alguém de conhecer a sua sombra:

A sombra, porém, é uma parte viva da personalidade e por isso quer comparecer de alguma forma. Não é possível anulá-la argumentando, ou torná-la inofensiva através da racionalização. Esse problema é extremamente difícil, pois não desafia apenas o homem total, mas também o adverte acerca do seu desamparo e impotência. Naturezas fortes - ou deveríamos chamá-las fracas? - não gostam de tal alusão. Preferem inventar o mundo heroico, além do bem e do mal... (Jung, Os arquétipos e o inconsciente coletivo, citado por Staub de Laszio, 1993, p. 381).

O indivíduo sem uma sombra, afirmou Jung, é o indivíduo que acredita consistir apenas daquilo que deseja saber sobre si mesmo (Jung, 1969)). Jung acreditava que o conhecimento da nossa própria sombra, do lado escuro da nossa personalidade, surgiria naturalmente, de forma razoavelmente completa, no decurso da terapia. (Jung, Os problemas religiosos e psicológicos da alquimia, em Staub de Laszio, 1993).

Embora a sombra tenha sido concebida por Jung como uma qualidade indesejável ou desagradável, de difícil reconhecimento, ela pode muito bem

compreender as qualidades consideradas "boas", mas que o indivíduo é incapaz de reconhecer, porque estão em contradição com a história que lhe foi contada pelos outros e que ele aceitou. A metáfora d'O Mágico de Oz ou a "Estrada de tijolos amarelos" é uma ferramenta poderosa tanto para descobrir as qualidades que podem ser consideradas positivas, quanto as consideradas negativas. Ao usar essa metáfora com os pacientes, pergunto qual conhecimento deles mesmos os esperaria. Qual a parte deles mesmos foram incapazes de reconhecer para atingir a totalidade?

A Metáfora D'O Mágico De Oz

Talvez você se lembre da história de O Mágico de Oz (Baum, 1999). Embora existam diferenças entre a novela original e o filme produzido pela MGM, baseado na história, o enredo é o mesmo.

Dorothy vivia com sua família - o tio Henry e a tia Emm - em uma fazenda no Kansas. Durante um tornado, ao procurar abrigo, os tios de Dorothy conseguem escapar em segurança, mas a menina recebe uma pancada na cabeça. Ao acordar, ela e seu fiel cãozinho Totó encontram-se na Terra de Oz, povoada pelos Munchkins e aterrorizada pela Bruxa Má do Leste. A casa de Dorothy caiu sobre a Bruxa Má, causando-lhe a morte, o que deixou os Munchkins muito alegres. Desesperada, querendo voltar para casa, Dorothy é avisada de que deveria seguir pela estrada de tijolos amarelos e procurar o Mágico na cidade Esmeralda, que seria a melhor pessoa para lhe aconselhar. Glinda, a Bruxa Boa, usa seus poderes para colocar em seus pés os sapatinhos prateados da bruxa falecida, advertindo-a de que não os removesse.

No caminho para a cidade Esmeralda, Dorothy encontra o Espantalho, que não tem cérebro; o Homem de Lata, que não tem coração; e o Leão, que não é corajoso. Eles a acompanham em sua jornada, um ajudando o outro ultrapassar obstáculos e dificuldades criados pela Bruxa Má do Oeste, a quem devem eliminar como exigência do Mágico para atender aos seus pedidos. Finalmente, ao voltarem para a cidade Esmeralda, acabam descobrindo que O Mágico era na verdade uma fraude e que não lhes podia conceder os desejos. Percebem, porém, que cada um encontrou em si mesmo o que estava buscando em outro lugar: um cérebro para o Espantalho, um coração para o Homem de Lata e a coragem para o Leão. Dorothy, por sua vez, só precisou bater os calcanhares

para reconhecer que "Não há lugar como a nossa casa" e descobrir que, na verdade, nunca deixara aqueles que a amavam.

Usando A Metáfora

Como a história d'O Mágico de Oz é bastante poderosa e conhecida por pessoas de todas as idades, tenho conseguido usá-la com frequência como metáfora em meu trabalho com adultos. Uso a história como ferramenta para ajudar os pacientes a descobrirem quem eles acham que realmente seriam, se estivessem seguindo a estrada de tijolos amarelos.

José, como talvez você se lembre dos outros capítulos, que havia sido diagnosticado com esquizofrenia, relatou que seu pai e irmãos tinham dito a ele durante a vida toda: "Você não sabe nada. Entenda isso". Ele cresceu acreditando que não poderia confiar em suas conclusões ou percepções. Essa crença acabou sendo reforçada quando foi diagnosticado com esquizofrenia, o que parecia validar os julgamentos de seu pai, irmão e irmã. Não usei a metáfora da estrada de tijolos amarelos com José até que nosso relacionamento estivesse bem fortalecido, quando ele teve, então, oportunidade de refletir sobre o passado e decifrar algo positivo que havia aprendido durante as nossas diversas sessões. Quando lhe perguntei qual qualidade ele antes achava que lhe faltava e depois veio a descobrir que na verdade possuía, respondeu: "Minha perspicácia. Sou muito mais perspicaz comigo e com os outros em geral do que pensava". Sua observação foi, de fato, precisa. Apesar da doença, ele estava sempre em sintonia com a dinâmica básica e as motivações das pessoas e das situações que encontrava.

João, que havia sido diagnosticado com distímia, gostou da oportunidade de "seguir a estrada de tijolos amarelos". Foi capaz, imediatamente, de identificar qualidades que acreditava ter perdido, em grande medida baseado no que os outros falavam sobre ele. No entanto, não foi capaz de dizer quais ainda possuía, daquelas que ele achava ter perdido. Como parte (lesse exercício, pedi a João que, durante uma semana, fizesse uma lista diária de Ludo que pensasse ser bom, para que discutíssemos na sessão seguinte.

João chegou radiante à sessão subsequente. Em sua lista constavam muitas coisas que havia feito para os outros durante aquela semana, e outras que o

fizeram sentir-se bem. Usando essa lista, ele falou das qualidades que achou que realmente possuía.

A avó de João, com quem ele morou da infância até o início da fase adulta, sempre o repreendia por seu egoísmo para com os outros. Consequentemente, João cresceu acreditando ser desatencioso com os outros, pensando apenas em seus próprios desejos. Ao fazer a lista, enquanto seguia "a estrada de tijolos amarelos" durante aquela semana, descobriu que ele realmente fizera muitos favores às pessoas com quem se preocupava, incluindo sua avó, e que em muitos aspectos fora generoso com o uso de seu tempo e do pouco dinheiro que possuía.

João sentiu que sua avó havia menosprezado suas tentativas de aprender e testar suas habilidades recém-adquiridas, dizendo-lhe; "Você nunca vai ter importância. Você não é nada e nunca será nada". Ele acreditou que era um fracassado e que nunca poderia ser bem-sucedido em qualquer coisa. Enquanto seguia pela "estrada de tijolos amarelos" ao longo da semana, João manteve seus compromissos, chegou no horário para as aulas da faculdade, foi pontual no trabalho, vestiu-se adequadamente em diversas ocasiões e percebeu que era visto como um modelo a ser seguido por muitos jovens que frequentavam o centro comunitário onde era voluntário. Dirigiu seu carro de modo seguro, prestou favores para os amigos e recebeu louvor pelo trabalho realizado em sua sessão de aconselhamento. Depois de ler sua lista, João concluiu: "Sou alguma coisa. Na verdade, estou até meio orgulhoso de mim mesmo".

A situação de George ilustra como a metáfora pode ser usada para ajudar os indivíduos a identificar e aceitar as partes de si mesmos que pensavam ser "más". George era um jovem que crescera em uma cidade do interior. Muitas vezes teve problemas porque, conforme explicou, "andava com a turma errada". Relatou uma longa história de envolvimento com gangues, brigas e consumo de drogas. Como ele disse, tinha feito das quais não se orgulhava.

Levou um ano para George seguir pela estrada de tijolos amarelos e aceitar sua homossexualidade, que os membros de sua família e da comunidade consideravam pecado. George foi finalmente capaz de reconhecer que a violência que dirigia aos outros era a exteriorização da raiva e do medo que sentia em relação a si mesmo e um mecanismo através do qual evitava reconhecer e abordar sua orientação sexual. Finalmente, George encontrou um centro comunitário no qual conheceu pessoas que não se sentiam constrangidas com a orientação sexual umas das outras e, com o aconselhamento e as

interações com modelos de papéis positivos, foi capaz de aceitar sua própria sexualidade.

Algumas vezes, pedir aos indivíduos que identifiquem suas qualidades negativas "faltantes" enquanto seguem pela estrada de tijolos amarelos é infrutífero; eles podem não estar dispostos a identificar ou verbalizar as qualidades que eles mesmos, ou outras pessoas, consideram negativas ou "ruins". Em tais situações, continuo a usar a metáfora d'O Mágico de Oz, mas com variações sobre o tema. Uma variação é sugerir que o Mágico era uma fraude por ter sido incapaz de ajudar Dorothy e seus amigos a encontrarem as qualidades que desejavam; eles já as possuíam, só precisavam reconhecê-las em si mesmos. Usando essa observação como base, eu posso perguntar: "O que você teme que as pessoas percebam que não é real em você? O que aconteceria?".

Algumas vezes as respostas dos pacientes podem não ser o que se espera. Certa vez, quando eu estava conduzindo uma sessão de grupo, um deles engoliu em seco antes de falar. André, um rapaz de seus 20 anos, começou a falar sobre um antigo relacionamento amoroso. André sempre havia dado a impressão de ser autossuficiente e independente, de conhecer a si mesmo. Seu maior medo era que as pessoas descobrissem sua vulnerabilidade emocional e a vergonha que o tinha impedido de procurar os serviços de aconselhamento e apoio de que ele precisara desesperadamente no passado, quando se sujeitara a esse relacionamento abusivo. Os outros participantes do grupo expressaram simpatia e apoio e alguns se sentiram até mesmo encorajados a revelar fatos semelhantes de seus passados, tanto na posição de vítima como na de agressor e, neste caso, a vergonha e a culpa que sentiam por terem feito mal às pessoas a quem diziam amar.

Mesmo com essa variação da metáfora, alguns pacientes podem continuar sentindo dificuldade de reconhecer as partes que não gostam em si ou com as quais não se sentem confortáveis. No entanto, a integração nunca será verdadeira, a menos e até que a pessoa seja capaz de reconhecer todas as suas partes. Consequentemente, é importante encontrar uma estratégia ou mecanismo que facilite esse reconhecimento. Em tais situações, tenho sugerido aos pacientes que identifiquem um personagem á O Mágico de Oz, de um conto de fadas, ou algum outro personagem que possa refletir quem eles são e discutir qual a similaridade entre si e o personagem. Podemos usar o personagem

identificado como ponto de partida para explorar o que Jung chamaria de sombra.

O que segue é um trecho de uma sessão de grupo com a participação de sete indivíduos, cada um dos quais havia recebido um diagnóstico de transtorno bipolar. Os participantes do grupo não tinham sido capazes, de forma geral, de identificar algum personagem em *O Mágico de Oz*, mas logo concordaram com a ideia de se imaginar em um conto de fadas ou em algum personagem.

Edgar: No início, eu pensei em João e o pé de feijão, mas depois pensei no Pinóquio. Porque minha vida inteira foi uma mentira. Não objetivamente, mas na minha cabeça. Era tudo mentira. O trabalho estava indo muito bem, meus relacionamentos eram ótimos. Mas não era verdade, só na minha cabeça. Então, tudo desmoronou. Era mais fácil mentir. Agora tudo é preto e branco, ou você mente ou diz a verdade, nada de cinza, nada de mais ou menos. As pessoas querem que você minta ou diga a verdade e quando você diz a verdade, elas ficam com raiva. É como o Pinóquio. Ele se transforma em um menino real quando diz a verdade, mas é penoso.

Paulo: Eu me sinto como Dr. Jekyll Mr. Hyde. Sedutor, bruto e insensato. Não dou o braço a torcer.

SL: O que você entende por sedutor?

Paulo: Você faz o que quer. Não sinto muita culpa, nunca sinto. Você diz e faz o que quer. Mas eu tenho filhos. Meus filhos são importantes para mim e eu não quero deixá-los assim. Mas é duro. A gente sente como se estivesse com água até o pescoço e precisando seguir em frente. Fico muito irritado. Às vezes, sem querer ofender ninguém, eu imagino que tenho uma doença terminal e apenas seis meses de vida. Eu iria lá fora e bang, acabaria com algumas pessoas, um monte de gente que merece ser derrubada.

Dênis: Sei o que quer dizer. Às vezes penso em ter uma doença terminal e viver só seis meses, mas daí eu imagino que saio e faço tudo o que tenho vontade, tudo o que eu quero e pronto, acabou a vida.

SL: Isso daria mais controle a você?

Dênis: Você pode imaginar.

Alice: Eu me sinto como a Elfaba, da peça Wicked, que veio antes de O Mágico de Oz. Glinda e Elfaba eram amigas e todos amavam Glinda. Elfaba era diferente, dá para ver, e ela falou a verdade. Não mentiu. E as pessoas expulsaram ela de lá e ela parou de se esforçar, tornando-se odiosa. E é assim que eu me sinto.

SL: Então você se sente odiosa?

Alice: Todas as manhãs vou trabalhar. Trabalho em uma creche. Trabalho com bebês, eles são maravilhosos. Você diz alguma coisa para eles e eles dão risada pra você. Você diz, ah, olhe para os seus dedos por 45 minutos e eles dão risada, ficam sorrindo. E então os chefes, eles falam, por que você ainda não se reestruturou? Sua mãe [no hospital] vai ficar bem. Por que não fica feliz? Eu não sabia que existia um limite de tempo para ficar triste.

Edgar: Eles falaram isso? "Por que você ainda não se reestruturou?"

Alice: Foi o que disseram.

Edgar: Eu também ficaria bravo.

Alice: Mas eu não ligo. Faço de tudo para agradar todo mundo, meu chefe, minha mãe. E então fico com raiva. Eu tento dizer a verdade e depois sinto que estou sendo punida por ter dito a verdade. Se eu deixo alguém passar no trânsito, em outros lugares, eles acenam, agradecem, mas aqui não. Edgar: Isso me pega também.

Brenda: Sei o que quer dizer.

Edgar: Você tem que fazer uma lista. Tem que fazer uma lista com três colunas, uma coluna com aquilo que te deixa feliz, outra coluna com aquilo que hoje deu certo, e outra, com o que ajuda você a seguir em frente. Desse jeito você olha para a lista e vê o que te ajuda a seguir em frente.

Paulo: Para mim, parece que você está muito à frente do jogo. Você já sabe quais são os seus problemas. Eu ouço você falar sobre os bebês e fico com inveja. Que coisa linda,

Alice: Adoro isso neles.

Brenda: Fantoche de ovelha.

SL: Fala da Shari Lewis?

Brenda: Isso.

SL: Por que fantoche de ovelha?

Brenda: Não sei.

SL: O que você gosta no fantoche de ovelha?

Brenda: Shari é legal e sorridente, o povo gosta dela.

SL: E você é como ela?

Brenda: Não, sou questionadora. Desafio tudo. Não com os meus amigos mais chegados, mas, com as outras pessoas, eu tenho que questionar.

SL: É assim que você quer ser?

Brenda: Não é bom para os relacionamentos. Às vezes eu percebo e então tento me acalmar e digo pra mim mesma: "Por que você está fazendo isso, você não está feliz". Eu tento parar e me divertir. Tento ser agradável com as pessoas, dizer coisas diferentes.

Carla: Eu me sinto como o Coiote do desenho animado Papa-Léguas. Estou sempre correndo atrás da minha sanidade. Minha vida toda perseguindo minha sanidade, e daí, quando eu penso que consegui, alguma coisa explode. Não importa o que eu faça, não consigo controlar. Tem uma música antiga, RetB [rhythm and blues] que eu gosto, gosto de REtB, que diz, tem uma frase assim, "o caçador é capturado pelo jogo". Estou sempre caçando minha sanidade. Todo mundo está em um palco e cada um desempenha um papel. Estou cansada de frases por hoje. Só estou tentando encontrar meu espaço na vida. Eu me perdi de mim, minha personalidade total. Acredito em Deus e no Diabo, em céu e inferno e que Deus enviou demônios à terra. Como as pessoas com quem trabalho. Elas são do mal...

Catarina: No filme Shrek, a Princesa Fiona está sempre preocupada com sua aparência e é assim que tem sido minha vida inteira, então não dá pra saber como a gente é por dentro, na alma.

SL: Quem é você na sua alma?

Catarina: Não sei. Estou tentando descobrir. Minha memória não é boa. Não me lembro, talvez por ser má.

É importante perceber como vários pacientes usaram a ideia dessa metáfora. Alguns se basearam nela para refletir sobre quem são agora e por que estão infelizes por serem assim, enquanto outros escolheram um personagem que refletisse quem ou o que gostariam de ser. Em qualquer exemplo, a seleção do paciente a respeito do personagem e as observações feitas sugerem qual é a parte que está faltando. Isso possibilita ao terapeuta a oportunidade de explorar com o paciente, individualmente, as qualidades que ele gostaria de ter, até que ponto essa imagem é realista e a natureza das qualidades que o paciente acredita lhe faltar. Por exemplo, respondendo ao desejo de Brenda de ser como Shari, o fantoche de ovelha, o terapeuta pode explorar quais as qualidades de Shari, o fantoche, que são almejadas pela paciente; com que frequência Brenda gostaria de ser como ela; e se ela realista refletir sobre aquelas qualidades, tais como ser "legal" e "sorridente" em todas as situações; e se existem abordagens alternativas para integrar as qualidades desejadas com a personalidade de Brenda e seus recursos.

Como os membros do grupo ainda não tinham experimentado essa técnica, pedi a eles que comentassem o que acharam ou sentiram com o exercício. As respostas foram geralmente favoráveis.

Catarina: Bom. Ninguém nunca nos fez olhar para quem somos e pensar sobre o que gostaríamos de ser.

Alice: Tenho muita dificuldade para me expressar e dizer o que quero e sinto. Sempre digo coisas para agradar as pessoas. Foi bom poder falar o que sinto. Eu me senti, me senti conectada.

Paulo: Você não está entorpecido, pode se expressar.

Carla: Foi muito bom. Eu não sabia como estava me sentindo. Foi bom para poder desabafar.

Edgar: Gostei muito disso. Finalmente fez sentido pra mim e me ajudou a entender... me fez pensar.

Paulo: Foi bom. É difícil ficar tão vulnerável, me abrir desse jeito no grupo. Foi bom. Aprendi muito.

Dênis: Foi bom. Tudo me ajudou.

Carla: Preciso de confirmação. Tenho o direito de sentir raiva. Não tenho direito de sentir raiva?

Alice: Tem. Tudo bem sentir raiva. Você tem direito.

Personagens d'O Mágico de Oz e outras histórias também podem ser usadas para que o paciente explore partes dele mesmo e suas relações com os outros. Por exemplo, você pode pedir aos pacientes para identificarem as partes deles mesmos que sejam mais parecidas com Glinda, a Bruxa Boa, ou que sejam mais parecidas com a Bruxa Malvada do Oeste. Alternativamente, eles podem

identificar alguém da família ou do grupo de amigos e colegas de trabalho como sendo a Bruxa Malvada, com quem devem lutar. Podem-se explorar com eles as dinâmicas da situação, o que eles trazem para o conflito, e as estratégias [armas] que podem adotar para melhorar a relação ou eliminar o conflito.

Como as outras metáforas, a metáfora d'O Mágico de Oz pode ser usada em diversos momentos, durante o relacionamento do paciente com o terapeuta, em um processo de longa duração. Na medida em que os indivíduos têm mais consciência de si mesmos, eles podem continuar descobrindo diferentes aspectos de sua sombra, as qualidades que até então tinham sido incapazes ou não desejavam ver. O personagem que elegem e reflete quem eles são, sendo uma imagem positiva ou negativa, pode fornecer pistas sobre a direção e o grau de seu crescimento pessoal ao longo da terapia. Dessa forma, a metáfora serve como indicação de onde estão em sua busca para a individuação e quão longe já conseguiram ir.

A história d'O Mágico de Oz é bastante conhecida na cultura americana e em determinada faixa etária, mas pode não ser útil aos indivíduos mais jovens ou cuja herança e/ou afinidade indiquem outras culturas. Ao trabalhar com tais pacientes, individualmente ou em grupo, é recomendável que se use como metáfora uma fantasia ou alguma figura mítica. Quando algum membro do grupo demonstra ser mais culto e escolhe um personagem não familiar aos outros membros, será útil que ele explique essa escolha aos demais; a explicação pode então ser usada para explorar com todos a questão sobre quem eles acreditam que são agora ou que qualidades gostariam de desenvolver.

Capítulo 8.

Sopa De Pedra: Altruísmo Para A Saúde

A Importância De Doar-Se Aos Outros

Todas as religiões do mundo concordam que se doar aos outros é uma virtude (Neusner Et Chilton, 2005).

No Judaísmo, por exemplo, acredita-se que os atos de bondade são dignos de recompensa divina, obtendo a graça de Deus, assim como os atos pecaminosos são punidos por ele (Neusner Et Avery-Peck, 2005). Assim, no Antigo Testamento lemos;

Mulher bonita encontra a fama, e pessoas enérgicas alcançam a riqueza. Faz bem a sua alma quem é misericordioso; quem é cruel aflige sua própria carne. Quem promove o bem se enriquecerá, quem dá de beber, mata a própria sede (Provérbios 11,16-17.25).

No Cristianismo, a passagem em que Jesus lava os pés de seus discípulos ilustra a natureza e a importância da doação e de fazer o bem aos outros:

Disse aos discípulos: "Entendeis o que eu vos fiz? Se eu, o Senhor e Mestre, vos lavei os pés, também vós deveis lavar os pés uns aos outros. Dei-vos o exemplo, para que façais assim como eu fiz para vós. Em verdade, em verdade, vos digo: o servo não é maior do que seu senhor, e o enviado não é maior do que aquele que o enviou. Já que sabeis disso, sereis felizes se o puserdes em prática" (João 13,12-17).

O Apóstolo Paulo nos conta, também, que aqueles que agem em benefício dos outros serão recompensados;

Não esmoreçamos na prática do bem, pois no devido tempo colheremos o fruto, se não desanimarmos (Gálatas 6,9).

O Budismo ensina que o sofrimento é universal; a compaixão é a resposta adequada para esta realidade (Lewis, 2005). A biografia de Buda nos conta:

Aqueles que na caridade renunciam suas riquezas Afasta a avareza e o apego. Dando em compaixão e respeito, Eles expulsam inveja, ódio e orgulho (Robinson, 1954, p.11).

Acredita-se que doar traz benefício ao doador por meio da lei do carma, a lei universal segundo a qual toda ação provoca uma ação moral retribuidora (Schumann, 1973; Smith, 1991).

O Budismo também reconheceu que a habilidade de se doar aos outros varia dependendo das circunstâncias da vida. O Budismo Mahayana ensina:

Bom filho, existem três tipos fundamentais de doação: (1) doar compassivamente ao pobre; (2) doar aos inimigos sem procurar recompensa; e (3) doar alegre e respeitosamente ao virtuoso... Se alguém pode ensinar os outros antes de dar a eles coisas materiais, esse alguém é chamado de grande doador... se uma pessoa sábia for rica, ela deve doar dessa forma. Se não for rica, deve ensinar outras pessoas ricas a prática da doação... se for pobre e não tiver nada para dar, deve recitar mantras curativos, dar remédios baratos aos necessitados, e de coração cuidar do doente até a recuperação, e encorajar os ricos para fornecerem tratamento de acordo com o diagnóstico... (Shih, 1994, cap. 19).

Similar ao Budismo, o Islamismo reconhece que doar beneficia o doador, bem como o destinatário. O Alcorão diz:

Outros reconheceram as suas faltas, quanto a terem confundido ações nobres com outras vis. Quiçá Deus os absolva, porque é indulgente, misericordiosíssimo. Recebe, de seus bens, uma caridade que os purifique e os santifique, e roga por eles, porque tua prece será seu consolo; em verdade. Deus é onipotente (citado no Alcorão 9,102-3).

Filósofos e poetas também nos falam do valor de se fazer o bem para os outros. Tulsidas, um poeta hindu do século XVI, escreveu,

Isso e somente isso é a verdadeira religião - servir os teus irmãos. Este é o pecado, acima de todo outro pecado - prejudicar os teus irmãos. Em tal fé está a felicidade. Na falta do que é miséria e dor (Post, 2008, p. 18).

Shantideva, um sábio do século IX, disse:

Toda alegria que o mundo contém vem de desejar a felicidade dos outros (Post, 2008, p. 19).

Até as fábulas de Esopo (1947) falam sobre o valor de se fazer o bem aos outros. Esopo nos conta a história do leão e do ratinho. Um ratinho ficou preso sob a pata do leão, e pediu a ele que poupasse sua vida, prometendo lembrar-se desse ato de bondade e pagá-lo assim que a oportunidade chegasse. O leão não acreditou que precisaria da ajuda do pequeno rato, mas mesmo assim o libertou. Pouco tempo depois, o leão caiu em uma armadilha colocada pelos caçadores para capturá-lo. O ratinho, então, roeu as cordas com seus dentes até o leão ser libertado. A moral da história diz que, "nenhum ato de bondade, não importa se pequeno, é desperdiçado" (Esopo, 1947, p. 138).

Além de receber benefícios espirituais e materiais por doar-se aos outros, os doadores também obtêm uma melhora da saúde física mediante o ato de

doarem-se. O interesse social, refletindo a capacidade de valorizar o interesse e o bem-estar dos outros, mesmo que não a seu serviço (Crandall, 1981), vem associado a uma vida melhor (Crandall Et Lehman, 1977) e melhores condições de saúde física (Brown, Consedine Et Vlagai, 2005). Um estudo com 1.972 moradores da Califórnia concluiu que, mesmo depois de considerados fatores tais como hábitos de saúde, condicionamento físico e apoio social, os indivíduos que exerciam algum tipo de voluntariado apresentavam um índice de mortalidade 44% menor do que os demais (Oman, Thoresen Et McMahon, 1999).

Os benefícios para a saúde mental do doador podem ser muitos e variados. Em um estudo com indivíduos que ajudaram outros, a metade dos participantes relatou sentir-se "nobre" por ter ajudado, e quase a metade disse ter se sentido mais forte e com mais energia (Luks, 1988). Em um estudo que consistiu em entrevistas mais aprofundadas com um grupo de mulheres na terceira idade, elas relataram que o altruísmo foi uma estratégia importante para a manutenção da boa saúde física e mental (Unson, Mahoney-Trella Et Ctiowdhury, 2004). Pesquisadores descobriram, em um estudo com 2.016 membros da Igreja Presbiteriana dos Estados Unidos, que, mesmo depois de considerados fatores como idade, gênero, eventos estressantes da vida, renda, saúde geral, vivências religiosas positivas ou negativas e orações a Deus para ajudá-los na cura, as pessoas que prestaram ajuda a outrem apresentaram melhor saúde mental (Schwartz, Meienhelder, Ma Et Reed, 2003). Os autores do estudo concluíram que

Ajudar os outros está associado com melhor saúde mental, acima e além dos benefícios de receber ajuda e outros fatores psicoespirituais, estimulantes e demográficos conhecidos (Schwartz et al., 2003, p. 78).

A pesquisa também demonstrou que o interesse social e a ajuda aos outros estão associados a menos casos de depressão (Crandall, 1975; Krause, Herzog Et Baker, 1992) e de desesperança (Miller, Denton Et Tobacyk, 1986) e que a compaixão reduz significativamente a depressão e o estresse (Steffen Et Master, 2005). Indivíduos de 65 anos ou mais que se voluntariaram para ajudar os outros experimentaram menos sintomas de depressão do que aqueles que não o fizeram (Musik Et Wilson, 2003). Escritores têm reconhecido o valor da doação na superação dos sentimentos de tristeza e solidão. Antoine de Saint-Exupéry escreveu, "Dar é lançar uma ponte por cima do abismo da tua solidão" (The wisdom of the sands, apud Saint-Exupéry, 2002, p. 4).

No entanto, pela natureza da doença mental severa, o conceito e a ação de se doar podem levantar questões importantes para alguns indivíduos.

A primeira é que eles podem ter dificuldade para distinguir entre o doar-se de modo apropriado e doar-se resultando em sua própria vitimização. Tal dificuldade acontece devido aos déficits na habilidade de processar informação, que podem levar a dificuldades na identificação e evitação de situações de risco, como também aos déficits na aptidão social, resultando, por sua vez, em uma diminuição da capacidade de estabelecer relações duradouras, recusando pedidos pouco razoáveis, resolvendo problemas de forma eficaz e negociando situações de risco.

A dificuldade dos indivíduos na identificação da doação apropriada pode resultar da confusão entre amor e apego. Em relação ao apego, como o inimigo mais próximo do amor, Kornfield (1988, p. 24) explica:

O apego mascara-se como amor. "Amo esta pessoa, amo essa coisa", o que geralmente quer dizer, "Quero segurá-la, quero mantê-la, não quero que ela cresça". Isso não é amor; isso é apego e são coisas diferentes. Há uma grande diferença entre o amor, que permite, honra e aprecia, e o apego, que agarra, exige e quer possuir.

A falta de habilidade para distinguir entre amor e apego pode ser especialmente problemática para muitos indivíduos com doença mental no contexto de relacionamentos românticos e sexuais, por causa de seus baixos níveis de autoestima.

A autoestima existe ao longo de um continuum, os indivíduos não são completamente desprovidos de autoestima, e até mesmo para aqueles que têm alto nível de autoestima, ainda lhes falta capacidade de atingir um nível ainda mais alto (Branden, 1980, p. 118).

Como os indivíduos tendem a se sentir atraídos por pessoas com níveis similares de autoestima, aquelas com baixo nível sempre escolhem parceiros também com baixos níveis de autoestima. A insegurança que sentem pode servir de impulso para envolverem-se em comportamentos que resultem em frustração e derrota e, finalmente, reforçar negativamente o amor próprio (Branden, 1980). Portanto, indivíduos com baixos níveis de autoestima podem se agarrar a relacionamentos com parceiros pouco saudáveis, apesar da natureza nociva. Para os indivíduos com doença mental severa, essa série de eventos pode, em última análise, resultar em aumento de risco de parceiro violento (Hatters-Friedman Et Loue, 2007) e/ou risco de contágio de doenças venéreas (Meade, 2006).

A segunda questão é que os indivíduos com doença mental podem acreditar que não têm nada para doar aos outros, pelo impacto de sua doença mental nas pessoas a sua volta. Podem também sentir-se incapazes de entender os benefícios que derivam de si mesmos na doação aos outros. A interação com membros da família, colegas de trabalho e outras pessoas pode reforçar essas percepções.

Muitas vezes, os indivíduos com doença mental severa acreditam, ou sentem, que são um peso para sua família, amigos e colegas, por causa do impacto da doença sobre aqueles que os rodeiam. Os membros da família podem se sentir angustiados ou sobrecarregados com as queixas feitas pela pessoa doente, por não cooperarem e pelo comportamento ameaçador, o que pode realmente ser, pelo menos em parte, atribuível à doença mental (Grad et Samsbury, 1963; Reinhard & Horwitz, 1995). Eles se preocupam com o futuro e têm medo do destino de seus entes queridos (Lefley, 1987; Potaszniak Et Nelson, 1984; Thompson Et Doll, 1982). Os pais, especialmente, podem ficar emocionalmente afetados, culpando-se e sentindo tristeza por causa da doença de seu filho (Loukissa, 1995; MacGregor, 1994; Miller, Dworkin, Ward Et Barone, 1990).

Um indivíduo com doença mental altera a rotina familiar, além do impacto que causa nos outros membros da família. Estes são obrigados a assumir tarefas domésticas que seriam feitas pelo parente doente. Precisam providenciar um esquema de agendamento para a infinidade de consultas médicas e aconselhamentos, sentindo alguma responsabilidade em garantir que a pessoa tome os medicamentos prescritos. Podem ainda restringir as atividades sociais ou a disponibilidade de trabalho para poder atender às necessidades da pessoa doente (Eadden, Bebbington Et Knipers, 1987; Johnson, 1990; Maurin Et Boyd, 1990; Reinhard Et Elorwitz, 1995). Esse nível de participação de uma pessoa com doença mental na vida da família não pode ser minimizado como "codependência". Frequentemente, os indivíduos com doença mental severa querem recuperar e manter a saúde mental, mas podem não ser capazes de seguir os passos necessários, por si próprios, por causa das dificuldades de memória, pela falta de compreensão da conexão entre os medicamentos e a diminuição dos sintomas, pela inércia ou por outros sintomas da doença em si.

Em situações em que o membro da família com doença mental não pode trabalhar, nem mesmo temporariamente, outros membros da família sentirão a tensão financeira como resultado da perda da renda e o aumento das despesas

médicas e farmacêuticas. A política das seguradoras e do sistema previdenciário, na questão dos benefícios para pessoas mentalmente doentes, é limitada e pode resultar em maior pressão econômica sobre a família (Clark, 1994; Grad Et Samsbury, 1963).

Os colegas de trabalho podem sentir e até mesmo expressar ressentimento pelas tarefas adicionais que são obrigados a assumir durante a ausência do indivíduo, ou por causa do comportamento que o indivíduo apresentou em virtude de sua doença. Como exemplo, um indivíduo com transtorno bipolar, que está passando por uma fase maníaca, pode provocar discussões com os colegas, fazer gestos sexuais impróprios ou xingar os supervisores.

A doação adequada realizada por indivíduos com doença mental pode ser benéfica tanto aos doadores quanto aos seus beneficiários. Como todas as pessoas, os indivíduos com doença mental têm necessidade de amar e ser amados (Alderman Et Marshall, 1998). Ao doar-se aos outros, podem satisfazer suas necessidades de amor e filiação. E, reconhecendo o valor daquilo que trazem para suas interações com os outros, os indivíduos doentes podem sentir-se mais fortes, respeitando-se e valorizando-se (Alderman Et Marshall, 1998). Estes preceitos servem de base para o modelo CICD (Centro Internacional do Clube para o Desenvolvimento), iniciado em 1948 por Fountain House, em Nova York, para oferecer oportunidades de tratamento e socialização às pessoas com doenças mentais graves (Associação Americana de Psiquiatria, 1999).

A História Da Sopa De Pedra

A história da sopa de pedra pode ser usada como veículo para ajudar indivíduos a pensarem em como podem oferecer sua contribuição aos outros, apesar da doença. Esta é uma história de origem no Leste Europeu, e há muitas versões diferentes.

Uma versão fala de três soldados que passam por um país estrangeiro ao voltarem para casa, vindos da guerra. Já é quase noite. Estão famintos e já não se alimentam há muito tempo. Eles também não sabiam onde poderiam dormir. Ao caminharem pela estrada, veem as luzes de um vilarejo, logo à frente. Decidem ir para lá e perguntar às pessoas se poderiam dormir em suas casas, ou mesmo no celeiro, e se poderiam arrumar alguma coisa para comerem.

Quando chegam ao vilarejo, todos responderam que não têm comida para dar a eles e que não há lugar onde pudessem dormir. Na verdade, os aldeãos os viram se aproximando e ficaram com medo. Haviam escondido a comida.

Os soldados decidem, então, fazer uma sopa de pedra. Os aldeãos nunca haviam ouvido falar em tal coisa! Os soldados perguntam se poderiam emprestar uma panela, água e fogo para cozinhar. Eles põem a água para ferver e pedem aos aldeãos que tragam uma grande pedra.

Com a pedra na panela, os soldados começam a refletir em voz alta sobre como seria bom se pudessem adicionar cenouras à sopa, mas, infelizmente, não havia nenhuma. Uma aldeã, de repente, se "lembra" que tinha cenouras e as traz para que adicionem na sopa de pedra. O mesmo argumento é repetido com batatas, carne, couve e diversos outros legumes. Cada vez que um dos soldados coça a cabeça e suspira dizendo como seria maravilhoso se tivessem este ou aquele ingrediente adicional, um dos aldeãos sai para buscar e adiciona à sopa de pedra.

Finalmente, os soldados anunciam que a sopa está pronta. Mas, não seria maravilhoso se tivessem pão para acompanhar a sopa e uma bebida fresca, como cidra ou cerveja? É claro que uma pessoa traz o pão e a outra contribui com a cidra para a refeição. Os aldeãos arrumam a mesa com pratos para todos do vilarejo. Depois da refeição, alguns aldeãos convidam os soldados para passarem a noite em suas casas. Afinal, sem tamanha sabedoria, não poderiam ter desfrutado uma festa tão maravilhosa!

Usando A História

Há muitas "lições" que podem ser aprendidas com esta história. Uma dessas lições é que todo mundo tem alguma coisa que "traz para a mesa", que ajuda a nutrir a si mesmo e os outros. A segunda lição que a história ensina é que o total é sempre maior do que suas partes. As cenouras e as batatas, a carne e os outros legumes são coisas que sozinhas fariam pouco, mas juntas fazem uma sopa que nutre um vilarejo inteiro, fornecendo alimento físico para o corpo, alimento espiritual para a alma e uma sensação de calor e pertencimento.

Usei essa história com um grupo de sete indivíduos, todos diagnosticados com depressão ou transtorno bipolar. Os três homens tinham entre 40 e 70 anos de idade; as quatro mulheres, entre 38 e 58.

Luiz vinha sofrendo de depressão severa há muito tempo. Embora tivesse frequentado um grupo de terapia cognitivo-comportamental por diversas semanas, eu sabia que ele raramente falava e sempre dormia durante as sessões. Apesar de seu aparente desinteresse, Luiz acabou se engajando ao grupo e contando suas experiências. Ele falou sobre sua dura batalha contra a depressão e a dificuldade que estava vivenciando para conseguir se entender. Finalmente, concluiu que sua contribuição foi uma lição de perseverança diante de obstáculos e dificuldades que pareciam intermináveis.

Outros participantes do grupo também falaram de seus diagnósticos de doenças identificando qualidades que trouxeram tanto para o grupo quanto para as outras pessoas de sua rede. Gustavo, um homem de 40 anos, diagnosticado com transtorno bipolar, falou de sua necessidade de fé em si e nos outros, a fim de se curar e seguir adiante. Os participantes do grupo disseram que ele havia contribuído muito, como um modelo e portador de sabedoria, através da partilha das suas experiências de vida. Esse feedback positivo do grupo para Gustavo, além da identificação de uma qualidade positiva que ele trouxe em contribuição para a "sopa", pode ter sido crucial para ele, que sempre pensou ser um fardo para os outros.

Vitória tentou o suicídio diversas vezes durante sua vida e tinha saído recentemente do hospital após nova tentativa. Uma vez que vinha sofrendo com o transtorno bipolar durante boa parte de sua vida adulta, sugeriu que poderia contribuir com uma perspectiva de longo prazo em relação à doença, lidando com ela de forma bem-sucedida, e alertando as pessoas sobre as armadilhas que poderiam encontrar na luta contra os altos e baixos do transtorno bipolar. Vitória disse que nunca tinha olhado para as suas experiências como doente de forma a poder ajudar a si mesma e também aos outros. Ficou surpresa quando entendeu que suas experiências, positivas e negativas, poderiam ajudar outras pessoas a entenderem as experiências delas com a doença. Ficou ainda mais admirada quando vários membros do grupo disseram que a consideravam uma "professora" no grupo. Vitória não tinha ideia de que os outros a tivessem ouvido de verdade, quando contou sua história e sua luta para se manter mentalmente saudável, apesar das repetidas vezes em que seus sintomas reapareceram.

Beatriz, que tinha 57 anos na ocasião desse grupo, foi incapaz de identificar em si qualquer qualidade que pudesse ser considerada uma contribuição para a sopa. Eia sofrerá com depressão severa por um tempo considerável e

geralmente ficava em silêncio nas sessões de grupo. Algumas pessoas do grupo falaram da força e da fé de Beatriz: mesmo tendo muita dificuldade para sair da cama a cada manhã, mesmo não tendo energia nem para abrir a boca para falar durante vários dias, ela se forçou a levantar, lavar-se, vestir-se e ir para as sessões de grupo. Isso, dizia o grupo, deixou claro a sua fé no processo de cura e serviu como exemplo. Beatriz ficou surpresa com a força da resposta que recebeu do grupo e seus olhos encheram-se de lágrimas.

Na sessão seguinte, os membros do grupo disseram como foi importante para todos eles terem ouvido a história da sopa de pedra e terem tido a oportunidade de refletir e poder aplicar em suas próprias situações. Diversos membros do grupo disseram que ser capaz de identificar alguma coisa que pudessem oferecer aos outros já os ajudavam a se sentirem melhor.

O terapeuta pode focar em outros aspectos da metáfora da sopa de pedra, dependendo da necessidade dos pacientes. Como exemplo, considere a situação que os aldeãos enfrentaram. Foram abordados por soldados cujas motivações e inclinações eram desconhecidas. Podiam ser amigáveis e estarem apenas precisando de comida e abrigo. Ou poderia ser um truque para entrar nas casas das pessoas para saquear e matar. Não conhecemos a história dos aldeãos; talvez no passado eles tenham sido traídos por pessoas que se passavam por amigas e caridosas ou que buscavam ajuda. Como os aldeãos poderiam saber se os soldados eram confiáveis?

Considere, também, o sofrimento dos soldados. Precisavam de alimento e abrigo. Deveriam se aproximar desses aldeãos? Poderiam confiar neles? Talvez eles não soubessem de algum fato passado que poderia fazer com que os aldeãos quisessem buscar vingança, atacando-os. Os soldados deveriam confiar suas vidas a essas pessoas?

O esclarecimento dessas diferentes perspectivas dentro da história fornece oportunidade para explorar com os pacientes assuntos tais como vulnerabilidade, confiança e busca de ajuda. Os pacientes podem usar a história para examinar a diferença entre as situações em que se doar pode ser adequado e aquelas em que se doar pode ser prejudicial a eles; para identificar fontes de ajuda para diversas necessidades que possam ter, bem como a natureza dos estímulos ambientais e interacionais que pode ajudá-los a avaliar a segurança de uma situação e/ou a confiabilidade de um indivíduo que conhecem.

Capítulo 9.

O Rio:

Ajustando-Se Para Mudar

Resiliência Na Saúde Mental: Uma Qualidade Fundamental

Os esforços de pesquisa são geralmente centrados na identificação dos fatores que podem estar associados ou prevenir a vulnerabilidade dos indivíduos à adversidade ou doença. Recentemente, tem havido muito empenho para se compreender a resiliência: por que e como alguns indivíduos, em comparação com outros, são capazes de suportar e até mesmo prosperar em circunstâncias adversas (Buckley, Throngren Et Kleist, 1997; Watt, David, Ladd a Shamos, 1995).

Existem numerosos exemplos das diferenças de habilidades dos indivíduos para enfrentar e superar eventos e condições adversas. Consta, por exemplo, que as mulheres são menos afetadas pelo alcoolismo dos pais do que os homens (Latham, 1985), e que em casos de esquizofrenia, as mulheres tendem a alcançar melhores resultados ao longo do tempo do que pessoas do sexo masculino (Seeman, 1986; Watt, Katz Et Shepard, 1983). Estimativas de um estudo epidemiológico indicam que aproximadamente 90% dos cidadãos americanos são expostos a um ou mais eventos traumáticos durante a vida (Yehuda, 1999), mas apenas uma fração dos que foram expostos a acontecimentos até mais severos desenvolvem o estresse pós-traumático (Yehuda, 1999; Yehuda, McFarlane Et Shalev, 1998). As mulheres são quase duas vezes mais propensas do que os homens a desenvolver transtorno de estresse pós-traumático, após exposição a um evento traumático, independentemente da natureza do evento (por exemplo: estupro, acidente de carro ou agressão física) (Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson Et Lucia, 1999). E, embora as pessoas mais jovens com depressão maior tenham aumentado os índices de ideação de suicídio, a maioria dos jovens deprimidos não desenvolvem a ideação ou tentativa de suicídio (Bostwick ft Pankratz, 2000; Clark ft Goebel-Fabbri, 1999; Kovacs, Goldston ftGatsonis, 1993).

A qualidade da resiliência tem sido definida de diversas maneiras. Bonanno (2004, p. 20) a explica como

a capacidade dos adultos expostos a uma situação que foge do normal, em um evento isolado e potencialmente muito perturbador,... manterem- -se relativamente estáveis, com níveis saudáveis dos funcionamentos psicológico e físico.

Redi (1969) sugeriu que a resiliência compreende tanto a capacidade de um indivíduo para resistir às pressões patogênicas, quanto sua habilidade de se recuperar, rapidamente e sem assistência, de um colapso temporário, voltando ao estado normal de funcionamento. Em outras palavras, o grau de resiliência de um indivíduo pode ser um fator importante na forma com que ele processa e interpreta os acontecimentos traumáticos e quais as estratégias que usa para modificar aspectos negativos do ambiente, minimizando a sensação interna de ameaça (Collins, Baum et Singer, 1983; Ehlers, Maercker et Boos, 2000; Green, Grace et Gleser, 1985; Lindeman, Saari, Verkasalo et Prytz, 1996).

A investigação sobre a natureza específica e o desenvolvimento da resiliência tem ocorrido em três ondas consecutivas (Richardson, 2002). A primeira onda, que foca na identificação das qualidades da resiliência, gerou uma lista de qualidades e fatores de proteção que foram pensados para ajudar as pessoas a superarem a adversidade. Os fatores encontrados em âmbito individual e associados a maior resiliência incluem níveis elevados de autoestima (Fergusson, Beautrais et Norwood, 2003), coragem, determinação e autoafirmação (Watt, David et al., 1995); baixos níveis de busca por inovação (Eergusson et Lynskey, 1996); níveis relativamente elevados de inteligência e maior habilidade para resolver problemas (Herrenkohl, Herrenkohl Et Egolf, 1994; Kandel et al., 1998; Masten et al., 1988); temperamento mais flexível (Werner, 1989); e capacidade de utilizar recursos, tais como serviços de aconselhamento que possam prestar assistência em momentos de maior adversidade (Haldeman et Baker, 1992; Watt, David et al., 1995). A família e fatores de níveis equivalentes, tais como um relacionamento de apoio com pelo menos um dos progenitores ou com uma figura que o(a) represente (Gribble et al., 1993; Seifer, Sameroff, Baldwin Et Baldwin, 1992) e bons relacionamentos do mesmo tipo (Werner, 1989), também estão associados com a resiliência em crianças e adolescentes. Werner (1989, p. 80) resumiu o que vem sendo pensado como característica tríade de fatores que contribuem para a resiliência em crianças e adultos:

Três tipos de fatores de proteção surgem de nossas análises no campo relativo ao desenvolvimento de crianças com alto risco, desde a infância até a fase adulta: 1)

atribuições disposicionais do indivíduo, tais como níveis de atividade e sociabilidade, inteligência pelo menos mediana, competência nas habilidades da comunicação (linguagem e leitura), um locus interno de controle; 2) laços afetivos na família que proporciona apoio emocional em momentos de estresse, quer seja do pai, irmão, cônjuge ou companheiro; 3) sistemas de apoio externo, seja na escola, no trabalho, ou na igreja, que recompensem a determinação e a capacidade do indivíduo, e forneçam um método de crenças com as quais conviver.

Ao invés de focalizar na identificação das qualidades, a pesquisa da segunda onda focou na investigação acerca do processo pelo qual as qualidades da resiliência são adquiridas. A resiliência não seria mais vista como a presença ou a ausência de traços e características específicos, mas sim como "o processo de lidar com estressores, como a adversidade, a mudança ou a oportunidade que resulte em identificação, fortalecimento, e enriquecimento dos fatores de proteção" (Richardson, 2002, p. 308). Isso significa que os indivíduos que se tenham adaptado física, mental, emocional e espiritualmente às circunstâncias ("*homeostase biopsicoespiritual*") não serão confrontados com as várias formas de alterações que possam apresentar, como estressores, rupturas, eventos ou oportunidades. Os indivíduos irão lidar com essas formas de mudança através de um ou mais mecanismos de reintegração: por uma fase de crescimento ou desenvolvimento de novos conhecimentos através de um processo introspectivo de identificação, acessando e criando as qualidades resilientes ("*reintegração resiliente*"); ao tentar retornar aos seus estados anteriores de adaptação ("*reintegração de volta à homeostase*"); resignando-se à esperança ou motivação ("*recuperação da perda*"); ou recorrendo a comportamentos autodestrutivos, como o uso de substâncias ("*reintegração disfuncional*") (Richardson, 2002, pp. 311-312). Esse processo ocorre em âmbitos individual, conjugal, familiar e comunitário. O tempo necessário para efetivar o processo de reintegração varia entre os indivíduos e os eventos. O importante é que as pessoas entendam que podem escolher como reagir às mudanças potencialmente perturbadoras (Richardson, 2002).

A terceira onda na pesquisa da resiliência foi denominada "teoria da resiliência" (Richardson, 2002). Esta teoria baseia-se na suposição de que

há uma força dentro de cada um de nós que leva à autorrealização, ao altruísmo, à sabedoria e à harmonia, com uma fonte de poder espiritual. Esta força é a resiliência... (Richardson, 2002, p. 213).

Esta fase da pesquisa centra-se na descoberta dos recursos internos de força e motivação do paciente.

A metáfora do rio pode ser usada com pacientes no contexto de cada um dos três aspectos da resiliência para ajudá-los em seus esforços para lidarem com a mudança: identificando características específicas que contribuam para a resiliência; identificando, entendendo e desenvolvendo as estratégias que usam para responder às mudanças da vida; e identificando e ampliando as habilidades para usufruírem da capacidade interna de resiliência.

O Rio E Seus Significados

Um monge Budista no Vietnã me disse, certa vez, "Você nunca entra no mesmo rio duas vezes". Pensei nisso durante algum tempo. É verdade que, se você entrar no rio, sair e entrar novamente, não será no mesmo rio de um segundo atrás, porque a água em que você entrou antes já não é mais a mesma. Mas você também não é mais a mesma pessoa que entrou no rio na primeira vez; naquele instante, seus pés estavam secos e agora estão molhados. Até mesmo as margens que confinam o rio mudaram. Talvez as margens estejam levemente recuadas porque a correnteza do rio levou parte da terra, ou talvez tenha aumentado um pouco como resultado de depósitos trazidos pelas águas em movimento.

Aprendi com essa troca que uma mudança pode ser tão imperceptível que não podemos medir e nem mesmo ver, mas isso não significa que não tenha ocorrido. Quando abordamos uma situação com a qual experimentamos dificuldade, não podemos dizer que é a mesma situação que já vivemos antes, porque o tempo passou e, com a passagem do tempo, nós mudamos, outras pessoas envolvidas devem ter mudado e até mesmo o contexto mais amplo também mudou.

Não é de surpreender que o rio seja usado por escritores como símbolo de mudança. Por exemplo, em *O moinho sobre o rio*, de George Eliot, o rio Floss aparece como uma força de mudança ou um fator que promove a mudança (Mukurath, 1975), um símbolo da "permanência da impermanência" (Knoepfmacher, citado em Makurath, 1975, p. 299). Hermann Hesse, em *Sidarta*, usou o rio como significado de mudança e crescimento internos, como ilustrado na seguinte passagem;

Parecia-lhe que o rio lhe revelava algum segredo especial, alguma coisa ignota, que ainda o aguardasse. Nesse rio, quisera afogar-se. Nesse rio, submergia o velho, o exausto, o

desesperado Sidarta. Mas o novo Sidarta, tomado de profundo amor a essas águas que lá corriam, resolvia não se separar delas por muito tempo (Hesse, 2009).

Com a mudança vem a inovação, no entanto pode ser uma inovação pequena. Muitas religiões utilizam a água como um símbolo da inovação. No Antigo Testamento, em Gênesis 6,6-9, encontra-se a história de Noé, da construção da arca e do dilúvio que Deus enviou para devastar e destruir todas as criaturas, com exceção daquelas que foram salvas na arca. A erradicação de quase todas as que existiam, não só representou o fim de uma época caracterizada pela maldade do homem, mas o início de uma nova era marcada por uma aliança entre Deus e toda a vida na terra.

No Cristianismo, o Batismo significa não apenas purificação, mas também o início de uma vida a ser vivida conforme os princípios cristãos. No século III a iniciação do adulto para a vida cristã consistia de um período de um a três anos durante os quais o indivíduo aprendia o modo de vida cristão e como abster-se de comportamentos autodestrutivos e socialmente nocivos. O processo culminava com um mergulho na água e a participação na Eucaristia. O Batismo de imersão significava a imersão do indivíduo em uma nova comunidade e o início de uma nova vida (Haquin, 2006; Marins, 2005). O Zoroastrismo também fala de um grande dilúvio que destruiu o mundo pecaminoso e deu início a um novo mundo, com as criaturas que foram salvas por Yima, após a construção de uma vara, ou peneira (Boyce, 2001). Os temas de purificação, vida e morte, significando novos finais e novos começos, aparecem com frequência nos ritos e mitos associados com o rio Ganges, considerado o rio mais sagrado da Índia.

Usando A Metáfora Do Rio

Identificando características

Como a metáfora da sopa de letrinhas, a metáfora do rio pode ser usada para identificar características que o paciente tenha usado no passado. Diferentemente da metáfora da sopa de letrinhas, todavia, tenho usado a metáfora do rio para ajudar os pacientes a identificarem especificamente as características que os têm ajudado a lidar com a mudança em suas vidas. Isso pode ou não ter as mesmas atribuições que foram selecionadas para o alfabeto.

Tenho apresentado a metáfora do rio da seguinte forma:

Você quer fazer uma experiência? Se estiver confortável, feche os olhos apenas por alguns instantes. Imagine que você é um rio, correndo em seu leito. Sinta a velocidade do fluxo e a textura do leito do rio. Pode me dizer como se sente sendo o rio?

Assim que o paciente compartilha comigo sua experiência como um rio, posso seguir com várias questões, dependendo do que o paciente tenha dito.

Qual é a sua profundidade como rio? Consegue ver o fundo? Com que rapidez você está se movendo? Com o que isso se parece? A velocidade do rio está certa ou você quer que seja diferente? Você toca em algum ponto áspero ou assustador? Como você lida com isso? O que faz com que você toque nesses pontos? Você usa essas mesmas estratégias ou qualidades agora? De que maneira?

José, que você deve se lembrar do capítulo da "sopa de letrinhas", sentia-se inseguro e muitas vezes não amado como filho, por causa da violência de que fora vítima e da rejeição que sentia em sua casa. Seus sentimentos de indignidade foram agravados após o término do relacionamento de muitos anos, o diagnóstico de esquizofrenia e a consequente perda do emprego e a falência. Como acontece com muitos indivíduos com esquizofrenia, os períodos de mudanças dramáticas foram bem difíceis para José.

Usei a metáfora do rio com José. Alguns pacientes podem usar a idria do rio como ponto de referência para suas vidas ou para mudanças. Outros ainda podem pensar neles mesmos como um rio, fluindo através do leito que, de alguma forma, foi criado por eles. José imediatamente equiparou o rio à sua vida e às constantes mudanças, comentando: "A única coisa realmente permanente ou certa é a mudança".

Com muito entusiasmo, José listou as qualidades que ele acreditava terem ajudado, tanto a sobreviver como para se adaptar à mudança e, algumas vezes, até a prosperar. Ele escreveu:

O universo me proporciona um novo começo a cada dia.

A vida é mais do que quem eu sou.

Tudo é temporário.

O universo proporciona mudanças diariamente, até mesmo quando não me sinto motivado às minhas próprias mudanças como, por exemplo, as quatro estações, o sol que nasce e morre, as mudanças nas árvores.

O que mais desejo é conseguir administrar minha vida, e não controlá-la.

Quando perguntei a José se havia caráter ou traços de caráter que deram origem a essas perspectivas, ele ficou pensando por algum tempo e depois falou: "otimismo infundado". Essa foi, na verdade, uma descrição exata de sua abordagem em diversas situações. José acreditava que, apesar de sua luta

diária com diferentes níveis de paranoia, apesar das intermitentes invasões de vozes em meio aos seus pensamentos racionais, apesar de seus problemas financeiros em curso, se fosse dedicado e trabalhasse duro para continuar bem, boas coisas aconteceriam. Após a reflexão, ele foi capaz de identificar as qualidades adicionais que o ajudaram a lidar com sucesso com a mudança: flexibilidade, senso de humor com si mesmo e com o mundo e perseverança.

Identificando e ampliando estratégias

Walter, um homem saudável, recém-aposentado, com pouco mais de 60 anos, enfrentava um momento decisivo em seu relacionamento com a esposa. Eram casados há várias décadas, sentiam-se abençoados por terem um ao outro, um filho adulto casado e a alegria de terem muitos netos. Nos últimos anos, a esposa de Walter parecia ter desenvolvido algum tipo de paranoia, pois quando não encontrava alguma coisa pensava que tinha sido roubada, achava que o marido estava sendo infiel e que desconhecidos estavam planejando sua morte. Os estímulos que provocavam estresse, que uma vez ela mesma caracterizou como uma pequena irritação, tornaram-se traumas imensos que a faziam passar o resto do dia na cama. Demonstrava confusão com a sequência de acontecimentos relativamente recentes e com a cronologia de passado e presente. Finalmente, Cristal foi diagnosticada com doença de Alzheimer em estágio inicial.

Embora o anúncio do diagnóstico tenha proporcionado a Walter uma explicação para as mudanças que via em sua esposa, ele pouco fez para encontrar um meio de lidar com essas mudanças ou com o impacto causado no relacionamento. Em vez de Cristal apoiá-lo, agora era dependente, tanto quanto uma criança poderia ser. No lugar de ser generosa nos elogios e grata pelos esforços e contribuições dos outros, agora era crítica e exigente. No passado ela havia sido afetuosa e carinhosa; agora, se mostrava irritadiça e frequentemente exigia reforços e elogios dos familiares e do círculo social. Os membros da família estavam cada vez mais perdidos, sem saber como responder a Cristal; seu humor e comportamento eram inconsistentes e imprevisíveis. Os momentos de prazer com Walter e com os familiares tornaram-se cada vez mais raros, enquanto crescia o nível de tensão e conflito na relação.

A perplexidade de Walter e o nível crescente de conflito não foram surpreendentes, levando em conta a ambiguidade inerente à condição de Cristal

e a situação como um todo. Walter estava experimentando o que chamamos de "perda ambígua" (Boss, 1999), um termo usado para se referir a situações em que um ente querido continua psicologicamente presente, mas fisicamente ausente, como quando um filho é tido como "desaparecido em ação" durante uma guerra, e a situações em que a pessoa amada continua presente fisicamente, mas psicologicamente está ausente, como era o caso de Cristal. Pauline Boss (1999, pp. 7-8) explica por que as pessoas podem experimentar confusão e vivenciar um aumento do conflito familiar em tais circunstâncias:

Primeiro, como a perda é confusa, as pessoas ficam perplexas e imobilizadas. Elas não sabem como dar sentido à situação. Não conseguem resolver os problemas porque não sabem ainda se a questão (da perda) é definitiva ou temporária... Em segundo lugar, a incerteza impede as pessoas de 'se adaptarem à ambiguidade da perda, reorganizando os papéis e as regras de sua relação com a pessoa amada, e assim o relacionamento do casal ou da família permanece congelado. Se ainda não tiverem uma definição sobre a pessoa que está ausente física ou psicologicamente, elas esperam que tudo volte ao normal, como costumava ser. Em terceiro lugar, as pessoas ficam sem poder fazer os rituais simbólicos em que normalmente dão e recebem apoio - como um funeral depois da morte de um familiar... Em quarto lugar, o absurdo da perda ambígua lembra às pessoas que a vida nem sempre é racional ou justa, conseqüentemente, aquelas que a presenciam tendem a abandonar a família ao invés de darem apoio... Finalmente, por ser a perda ambígua uma perda que continua, aqueles que a vivem... tornam-se física e emocionalmente esgotados com a incerteza implacável.

Como a perda ambígua é contínua, os indivíduos que passam por tal experiência não conseguem se desligar ou lamentar a perda e permitir que a vida continue. Em vez disso, sentem-se presos, como que congelados em uma viagem no tempo ou em uma cena suspensa. O que antes era real pode não parecer mais; a experiência subjetiva do que foi o relacionamento deixará de ser validada pelo parceiro nesse relacionamento.

Walter tinha um bom autoconhecimento e uma compreensão intelectual da provável trajetória da doença de Cristal. No entanto, ele não tinha incorporado à consciência seus próprios pontos fortes, nem o seu conhecimento da condição de agravamento da doença de Cristal nas estratégias que havia timidamente formulado para ajudar a si mesmo e a ela durante o processo degenerativo. Nós conversamos sobre a mudança e a natureza da mudança, relacionando-as com a metáfora do rio. Assim como as mudanças no volume, cor ou textura da água podem ser imperceptíveis, as alterações do estado mental e dos relacionamentos também podem ser imperceptíveis e não mensuráveis. Assim como a intensidade do movimento da água pode mudar de forma imprevisível, ora calmamente sinuosa para depois surgir com mais violência, uma doença

também pode progredir lenta ou rapidamente, e a rapidez desse curso nem sempre pode ser prevista.

Walter acreditava saber quais eram seus maiores recursos: a criatividade, o senso de humor, a necessidade de contato humano e de vínculos, senso de responsabilidade, amizades de longa duração. Ele usara várias estratégias no passado para lidar com períodos de adversidade: ter confiança em seu senso de humor para fazer com que as coisas não parecessem tão ruins; resolver problemas com criatividade, planejando soluções em situações difíceis; estender a mão aos amigos para apoiá-los. Então, como ele poderia incrementar essas estratégias para lidar melhor com as mudanças no comportamento de Cristal e no relacionamento dos dois?

Walter foi capaz de identificar diversas maneiras de reforçar seus pontos fortes e prolongar as estratégias que usara anteriormente para formular estratégias adicionais de enfrentamento. Seu emprego de meio período, em uma organização do serviço social local, proporcionou a ele a companhia de colegas de trabalho, estímulo intelectual e sensação de vitalidade. Embora estivesse pensando em aumentar o número de horas semanais que passava lá, estava apreensivo de que isso o impediria de aproveitar o tempo disponível para desfrutar da companhia de Cristal em seus momentos mais lúcidos. Além disso, embora o seu trabalho com os pacientes o desafiasse intelectualmente, era sempre emocionalmente desgastante, e Walter não achava que tinha alguma energia extra.

Walter sempre quis escrever, na verdade ele havia fantasiado sobre tornar-se um jornalista ou escritor. Esta poderia ser a oportunidade perfeita para começar a sua aventura na escrita. O esforço criativo seria intelectualmente estimulante e, se ele trabalhasse em casa, no seu computador, poderia passar mais tempo com Cristal. Conferências on-line proporcionariam a interação profissional complementar.

Apesar de Walter preferir que alguém viesse limpar a casa uma vez por semana, ele não achava muito prudente, por conta do nível de paranoia de Cristal. Em vez disso, ele conseguiu a ajuda de vários amigos próximos e parentes. Isso lhe proporcionou um alívio na energia consumida com o trabalho doméstico, além da companhia de outras pessoas para ele e Cristal.

Descobrimos a força interna

Os indivíduos que se sentem ansiosos, deprimidos, perturbados ou preocupados com as questões cotidianas podem se perguntar se teriam forças para enfrentar tempos mais difíceis. Eles podem passar por momentos de desespero, alguns curtos e outros aparentemente intermináveis. Mudanças rápidas e repentinas nas circunstâncias da vida podem provocar tais sensações ou exacerbar sentimentos de desespero já existentes. No entanto, a maioria das pessoas passa por isso, assim como a água continua a fluir, algumas vezes muito forte e outras vezes simples gotejamentos, apesar das tempestades, das secas e até mesmo da interferência humana. Como conseguem isso?

Muitas pessoas se valem da religião ou de crenças e costumes espirituais como uma fonte de força. Embora os conceitos de religiosidade e espiritualidade tenham sido com frequência usados alternadamente (O'Neill et Kenny, 1998), foram feitas distinções entre os dois. A espiritualidade é muitas vezes vista com um foco em Deus ou em outro poder que guia o universo, a fé em experiências místicas ou transcendentais e/ou a adesão a certos valores morais e crenças nos relacionamentos com as pessoas e em um poder maior (Mathew, Georgi, Wilson Et Mathew, 1996; Warfield et Goidstein, 1996). A espiritualidade tem sido concebida como "um aspecto básico da existência humana... que engloba as atividades humanas de decisão moral, busca de um sentido significativo e de um propósito na vida, com um esforço para cumprir mutuamente as relações entre os indivíduos, a sociedade e a realidade, não obstante conceituada" (Canda, 1988, p. 238); "é uma experiência personalizada... relacionada a um senso de valor, significado, vitalidade e conexão com os outros e com o universo" (Titone, 1991, p. 8); "a luta por uma infusão com a realidade da inter-relação consigo mesmo, com outras pessoas, e com o Infinito/Divino" (Ingersoll, 1994, p. 102).

Em contrapartida, a religião tem sido vista como a representação "da expressão externa de fé (crenças e valores internos que se associam à pessoa, ao transcendente ou a Deus). É composta (s/c) de crenças, códigos éticos e práticas de culto que unem um indivíduo a uma comunidade moral" (Joseph, 1988, p. 444). A espiritualidade e a religião também têm sido vistas como duas dimensões da mesma edificação, com a espiritualidade representando o interior, a experiência individual e a religião significando a manifestação externa desta experiência (Flowler, 1981).

Não é de se surpreender que indivíduos com diagnósticos de doença mental severa descubram que suas forças internas derivam de suas crenças espirituais

e religiosas. As atividades religiosas e espirituais, tais como a prece, assistência em serviços religiosos, meditação, estudo das escrituras e encontros com líderes espirituais causam efeitos positivos na relação dos Indivíduos com os sintomas de sua doença mental (Loue et Sajatovic, 2006; Mitchell et Romans, 2003; Tepper, Rogers, Coleman Et Malony, 2001). Por exemplo, uma mulher que participou de um estudo que examinava o risco do HIV entre mulheres com esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior, explicou como ela confiou em Deus para ajudá-la a sentir-se melhor:

Deus fala para você não se preocupar com o amanhã, porque o amanhã não está prometido. Os pássaros não têm roupas, mas Deus provê. Somos seus filhos e ele irá prover. Algumas vezes nos sentimos tristes porque somos humanos, mas se você pedir a Deus, irá se sentir melhor (Loue Et Sajatovic, 2006, p. 1175).

Como indicado anteriormente, José e eu trabalhamos juntos por um longo período de tempo para identificar suas forças, a forma como ele as usava e poderia continuar usando para lidar com qualquer situação que tivesse que enfrentar. No entanto, era importante também que José identificasse uma fonte de força interna, a qual ele pudesse recorrer para renovar-se e buscar apoio. José teve relativamente poucos apoios externos com que pudesse contar, o que tornou tudo ainda mais crítico.

Usamos a metáfora do mutante e sinuoso rio para identificar os períodos da vida em que José sentia-se particularmente forte. José se lembrou de quando era criança, vendo-se no fim de um arco-íris que havia se formado depois de uma tempestade. Ele Interpretou o arco-íris e sua presença perto dele como um sinal de Deus, de quem, Independentemente do que os outros pudessem dizer, era um filho amado, capaz de enfrentar qualquer adversidade que pudesse acontecer em sua vida. Com sua permissão, o poema de José sobre essa experiência e a força interior que ele descobriu é reproduzido aqui;

*O fim do arco-íris. Um testemunho
Certa vez, eu estava no final de um arco-íris
e Deus fez de mim o pote de ouro
Acreditando que tudo o que eu sentia era o que importava
Sem ligar para o que falavam de mim.
Ter sido escolhido não me fez melhor do que outros
Mas com tantas auras
Como poderia dar errado?
Pintar a vida com as cores daquele antigo arco-íris
Garantiu-me um lugar ao sol.*

Capítulo 10.

A Árvore:

Descobrimos O Self, Compreendendo Relacionamentos

A Árvore: "O Canivete Suíço Das Metáforas"

Os capítulos anteriores focaram no uso de uma metáfora específica para um propósito específico ou em um contexto específico. No entanto, o uso da metáfora não precisa ser limitado; o uso de uma metáfora específica fica restrito somente aos limites da criatividade do indivíduo. Este capítulo demonstra como uma metáfora específica, a da árvore, pode ser usada para diversos propósitos, assim como o canivete suíço serve para múltiplas tarefas.

A História Da Árvore

A árvore é sinônimo de muitas coisas em todas as culturas e tradições. Alguns dos significados que são mais familiares aos leitores ocidentais vêm da Bíblia. Por exemplo:

E o Senhor Deus fez brotar do solo toda sorte de árvores de aspecto atraente e de fruto saboroso, e, no meio do jardim, a árvore da vida e a árvore do conhecimento do bem e do mal (Gênesis 2,9).

Vemos com isso que a árvore pode simbolizar o alimento do espírito e do corpo ("aspecto atraente e de fruto saboroso"); desenvolvimento, crescimento, e mortalidade ("a árvore da vida"); e o alimento do corpo, coração e alma através da obtenção de conhecimento e sabedoria ("árvore do conhecimento do bem e do mal").

Outras partes da Bíblia reforçam o significado da árvore como fonte de nutrição. Por exemplo, Deuteronômio 8,7-9 nos fala da Terra Prometida, como segue:

Pois o Senhor teu Deus vai introduzir-te numa terra boa, terra com águas correntes, fontes e lençóis de água subterrâneos, que brotam nos vales e nos montes; terra de trigo, cevada, vinhas, figueiras e romãzeiras; terra de oliveiras, de azeite e mel; uma terra em que comerás o pão em abundância, sem que nada te falte (Smith, 1991, p. 278),

Similarmente, a tradição do yoga faz uma analogia entre o crescimento da árvore e o desenvolvimento do self. Iyengar (2002, p. 7) nos conta:

Antes de plantar, primeiro cava-se a terra, retirando-se pedras e ervas daninhas e afofando-a. A seguir, cobre-se a semente com terra macia, tomando muito cuidado para que ela, ao começar a germinar, não se estrague sob o peso da terra. Depois, alimenta-se a semente com água para que germine e cresça. Após um ou dois dias, a semente se abre e transforma-se em broto, do qual surge um caule. O caule então se divide em galhos e dá origem a folhas. Rapidamente, torna-se um tronco com galhos que se estendem em várias direções, carregados com muitas folhas.

Da mesma forma, a árvore do self precisa ser cuidada...

O desenvolvimento do self faz analogia com as diversas partes da árvore. As raízes representam a liberdade das várias tendências; o tronco representa a força que vem da adesão aos diversos princípios e práticas; os ramos representam as posturas que são utilizadas para deixar o corpo físico e as funções fisiológicas em harmonia com a psicologia yoga. As folhas, casca, seiva e flores da árvore também representam diferentes aspectos do nosso crescimento individual. Finalmente, os frutos da árvore significam o culminar do crescimento do indivíduo: a unidade do corpo, mente e alma fundindo-se com o Espírito Universal (Iyengar, 2002). A descrição do crescimento da árvore feita por Antoine de Saint-Exupéry traz uma imagem similar do indivíduo que procura a iluminação:

A árvore é mais do que primeiro uma semente, depois uma haste, depois o tronco vivo e, em seguida, a madeira morta. A árvore é uma força lenta, duradoura, que se esforça para ganhar o céu [The Wisdom of the Sands, citado em Saint-Exupéry, 2002, p. 53].

O Budismo também utiliza a árvore como um símbolo de crescimento pessoal. Foi sob a árvore Bodhi [espécie de figueira sagrada] que Buda alcançou a iluminação (Schumann, 1973; Smith, 1991). Buda, nascido como Sidarta, foi criado em um ambiente protegido, caracterizado pelo prazer, luxo e conforto, em um mundo distante da dor, do sofrimento e da morte, que as pessoas experienciavam na vida (Snelling, 1991). Em quatro ocasiões, consecutivas, depois de seu casamento e do nascimento de seu filho, Sidarta saiu de sua vida protegida em busca de um mundo maior. Foi em cada uma dessas viagens que ele testemunhou outros aspectos da vida: um homem velho, um homem doente, um cadáver e um homem santo. Sidarta, agora, desencantado

com sua vida de conforto e luxo e conhecendo o sofrimento inerente à existência humana, deixou sua casa e sua família. Renunciou a tudo e assumiu uma vida de ascetismo que, em última análise, não proporcionou grande solução para o problema do sofrimento humano, além do que havia experimentado em sua luxuosa vida. Sidarta sentou-se sob a árvore Bodhi, e lá permaneceu até que houvesse descoberto a resposta para o problema do sofrimento. Foi sob essa árvore que Sidarta conseguiu descartar o apego ao seu "eu" e identificar-se com sua verdadeira natureza. Sidarta levantou-se da meditação como Buda: o Iluminado (Snelling, 1991).

O Judaísmo também usa a imagem da árvore para simbolizar sabedoria, conforme indicado no Talmud: "A sabedoria é uma árvore e a virtude efetiva é seu fruto" (Lankevich, 2002, p. 134). No entanto, outra parte do Talmude conta com a imagem da árvore para nos ajudar a entender como estabelecemos a inter-relação com os outros por meio da ação:

Quando o nosso aprendizado ultrapassa nossas ações, somos como as árvores cujos galhos são muitos, mas as raízes são poucas: o vento vem e as arranca... Mas quando nossas ações excedem nosso aprendizado, somos como as árvores cujos galhos são poucos, mas suas raízes são muitas, de modo que mesmo se todos os ventos do mundo viessem e soprassem contra elas, não seriam capazes de movê-las (Novak, 1994, p. 215).

São os nossos atos, nossas ações para e com os outros que nos mantêm enraizados e conectados e satisfazem nossa necessidade de afiliação.

O simbolismo que se baseia na árvore de Cristianismo de Jessé reflete tanto a conexão quanto a obtenção de conhecimento e sabedoria. Descreve a linhagem de Jesus que começa com Jessé, pai de Davi, e se estende até os ancestrais de Cristo, descrito como o seu fruto. Em essência, é a árvore genealógica de Cristo (Catholic Culture, 2008). O símbolo da árvore de Jessé tem como premissa a seguinte passagem:

Um broto vai surgir do tronco seco de Jessé; das velhas raízes, um ramo brotará. Sobre ele há de pousar o espírito do Senhor, espírito de sabedoria e compreensão, espírito de prudência e valentia, espírito de conhecimento e temor do Senhor (Isaías 11,1-3).

Os diversos símbolos que adornam a árvore de Jessé incluem o sol, significando a luz e a vida eterna que Jesus traz para dissipar as trevas. A escada de Jacó, simbolizando a escada entre o céu e a terra (ver detalhes adicionais da escada de Jacó no Capítulo 6), e a sarça ardente, usada como símbolo do nascimento virginal de Cristo, porque Deus apareceu a Moisés no deserto, como uma sarça que queimava, mas que não foi consumida (Catholic Culture, 2008). Por causa do grande significado da árvore de Jessé, ela tem

sido amplamente representada na arte e exemplos podem ser encontrados em muitas igrejas, incluindo a Abadia de Dorchester, em Oxfordshire, Reino Unido; Igreja Saint-Étienne, em Beauvais, França; Catedral Notre-Dame, em Clement-Ferrand, França; Igreja de São Francisco no Porto, Portugal e Abadia de Saint Louis, em St. Louis, Estados Unidos.

Outras tradições nos trazem outros significados. Tem sido sugerido que diferentes tipos de árvores significaram estações ou períodos de tempo específicos na cosmologia celta, em que cada tipo de árvore referia-se a determinado deus e determinado significado. Como exemplo, o salgueiro [Saillé] está associado à primavera e é considerada a árvore do encantamento (Elgood, 1999). A árvore acácia tem sido venerada por diversas culturas e durante muitas eras, como símbolo do equinócio vernal; uma representação da pureza e da inocência porque encolhe com o toque; e como a tipificação da imortalidade humana, da regeneração e da sobrevivência do ser humano após a destruição de sua natureza visível (Flail, 2003).

As árvores foram muito adoradas em todas as culturas antigas, como representantes do divino; carvalhos, olmos e cedros, em particular, tornaram-se símbolos de proteção divina, poder, integridade, continuidade e virilidade (Flail, 2003). As árvores e os espíritos masculinos e femininos a elas associados eram adorados na Índia rural (Elgood, 1999), país onde a prática da pregação debaixo de uma árvore é antiga; a sombra da árvore protege o professor e ele se conecta com o espírito da árvore sagrada (Elgood, 1999). Plantar árvores da paz é uma prática comum nas diversas culturas e tradições asiáticas, pois significa cultivá-la; por consequência, reduz-se a violência nas regiões próximas a ela.

Usando A Metáfora

Usando a árvore para aumentar a autoconsciência e o auto desenvolvimento: a árvore do conhecimento e da iluminação

Costumo sugerir aos pacientes com quem trabalho, individualmente ou em grupo, que visualizem como seriam se fossem uma árvore. Geralmente, os indivíduos conseguem formar uma imagem de como eles pareceriam, ou da árvore que gostariam de ser, mesmo sem saber o nome específico. As imagens que fazem da árvore são símbolos para eles e podem, então, ser usadas como

um veículo para explorar suas próprias qualidades. E, como as árvores crescem, a imagem da árvore também pode ser usada com o paciente para explorar as diversas dimensões de seu crescimento atual - físico, emocional, espiritual e intelectual - e como eles gostariam de crescer no futuro.

Esse exercício de visualização também pode ser usado juntamente com técnicas derivadas da terapia centrada na pessoa nas artes expressivas. Essa abordagem envolve o uso de movimento, desenho, pintura, música e outras formas de atividades criativas "em um ambiente de apoio centrado no paciente", permitindo que ele experimente e expresse seus sentimentos; um processo criativo fundamental para o processo de cura (Rogers, 2001, p. 163). A terapia de expressão da arte baseia-se na suposição de que cada indivíduo tem sua dignidade, valor, capacidade de autodireção, e um impulso natural para o crescimento. Uma compreensão empática é a chave:

Compreensão empática significa que os sentidos do terapeuta estão atentos aos sentimentos e significados pessoais que o paciente está experimentando e a comunicação receptiva dessa compreensão ao paciente. Quando funciona bem, o terapeuta fica tão dentro do mundo privado do outro que ele pode esclarecer não apenas os significados de que o paciente tem consciência, como também aqueles que estão abaixo do nível de consciência. Ouvir isso de forma tão especial e efetiva é uma das forças mais potentes para a mudança... (Kirschenbaum Et Henderson, 1989, p. 136).

Apresento o uso da metáfora da árvore ao grupo explicando que, ao longo da História, muitas pessoas e culturas se identificaram com árvores. Pergunto, então, aos pacientes por que eles acham que isso ocorre. Tenho evitado dar muitos detalhes sobre o simbolismo da árvore, como faço aqui, até o final da sessão, para evitar a possibilidade de induzir o pensamento dos pacientes em determinada direção. Depois dessa breve introdução e de algumas discussões com os pacientes, deixo à disposição materiais variados para que os pacientes possam usá-los para produzirem suas árvores.

Os pacientes podem usar qualquer material ali exposto - papel, tinta, lápis de cera, canetas, lápis - para ilustrar a árvore que gostariam de ser. Os pacientes usam, então, o desenho como um ponto de referência. Por exemplo, eles podem descrever as várias partes da árvore e como essas partes se relacionam com eles, ou contar uma história sobre a árvore usando-a como veículo para discutir suas próprias histórias.

Um homem, que chamarei de Francisco, começou sua história como uma árvore afirmando categoricamente que não conseguia desenhar. No entanto, ele tentou desenhar o retrato de Francisco, a árvore. Seu desenho a lápis mostrava

uma coisa pequena e magrinha no canto inferior direito da grande folha de papel que havia escolhido. "Eu simplesmente não consigo desenhar", disse ele, aparentemente frustrado, mas também com um tom de reclamação e acusação em sua voz.

"O que você vê aí?", perguntei. "Sua árvore tem uma mensagem para você?"

Enquanto Francisco contava sua história, ficava cada vez mais claro como ele se parecia com a árvore que havia desenhado. Francisco, com seus 70 anos de idade, tinha sofrido de depressão maior por um bom tempo. Apesar do divórcio depois de muitos anos de matrimônio, sua esposa continuou a se preocupar profundamente com ele e participava das sessões de terapia, tanto individual quanto em grupo, esforçando-se para apoiá-lo no tratamento. Francisco vivia com uma de suas filhas adultas, que - ele estava convencido - se sentia sobrecarregada com sua presença, embora nunca houvesse dado indícios com palavras ou ações. Francisco alegou que sentia apenas um cansaço pesado, que parecia impenetrável e sem fim, Não tinha forças, ele disse; sua árvore estava visivelmente encolhida e murcha

O grupo mostrou a Francisco que, na verdade, ele tinha força. Apesar de seu desânimo, sua falta de vitalidade e a profundidade de seu desespero, ele conseguiu encontrar energia e forças dentro de si para participar do grupo, todas as manhãs. Ajudava sua filha com as tarefas domésticas, como lavar pratos. Ele estava suficientemente consciente de si e dos outros, sendo inclusive capaz de identificar quem, dentre seus amigos e familiares, estaria disponível e poderia apoiá-lo em seu tratamento contra a depressão e com quem poderia contar para pedir ajuda.

Perguntei a Francisco como ele descreveria sua árvore depois de ter recebido o feedback dos outros membros do grupo. Seria a mesma ou tinha mudado? De fato, havia mudado, conforme a descrição de Francisco. Embora ainda sem nenhuma raiz, ele a descreveu como alta e redonda, talvez com algumas folhas. Pelo menos momentaneamente, Francisco tinha começado a sentir sua força. Seria crucial para ele que no futuro continuasse a identificar, sentir e utilizar este e outros pontos fortes e habilidades.

Usando a árvore para compreender nossas interligações e relacionamentos: a árvore da alimentação

A árvore também pode ser usada como metáfora para os relacionamentos interpessoais. Foi assim que Márcio, um homem de meia-idade, usou sua imagem da árvore. Márcio havia sido recentemente diagnosticado com transtorno bipolar e tinha chegado ao processo de triagem devido a numerosos problemas jurídicos decorrentes de seu comportamento violento. Embora os episódios de violência de Márcio contra os membros de sua família estarem parcialmente associados ao seu transtorno bipolar, ele era incapaz de perceber que o que havia feito era de fato uma ação violenta e que ele, e não seus familiares, era responsável pelo comportamento que o havia levado a esses problemas com a justiça.

Márcio via-se como uma folha na árvore. Estava situado bem perto de outras folhas da árvore, na verdade "muito perto". Ele não queria ficar tão perto das outras folhas, queria mais "espaço" e "liberdade". "Quando as outras folhas chegam muito perto, fico com raiva", ele disse. E embora Márcio, a folha, quisesse "espaço", também queria "controlar as outras". "Elas fazem o que querem, caem, vão embora, não me ouvem." Além de Márcio desejar seu "espaço" e sua "liberdade", o espaço tinha que ser criado sob suas condições; quando as outras folhas saíam por vontade própria, isso era um evento que fugia ao seu controle e ele ficava com raiva.

Perguntei a Márcio o que o conectava com as outras folhas, já que estavam na mesma árvore e algumas até no mesmo galho e por isso a proximidade. "Eu as oriento, elas aprendem comigo". "Você sente alguma coisa por elas ou elas por você?", perguntei. "Quero que elas me deixem em paz", disse Márcio. "É muita responsabilidade."

Aqui, então, estava a dica do que Márcio vinha sentindo e que não tinha conseguido verbalizar diretamente. Talvez ele tivesse sentido por algum tempo que estivera sobrecarregado com a responsabilidade pelo bem-estar da família, ou talvez a doença mental cada vez mais presente tivesse baixado seu limite de tolerância, um resultado que não é incomum na doença mental severa (Bybee, Mowbray, Oyserman Et Lewandowski, 2006; Torrey Et Knable, 2002).

Seja qual for a razão, estava claro que esta era uma questão que exigia atenção não só de Márcio, mas também dos outros membros da família. O uso da árvore como metáfora para seus relacionamentos proporcionou abertura para essa discussão com sua esposa e os filhos adolescentes. Ao contrário dos modelos mais antigos de tratamento para a doença mental, que procediam a partir da perspectiva do "paciente em tratamento para uma doença crônica", o

programa ambulatorial que Márcio estava frequentando incluía a participação de membros da família como parte do processo de tratamento, com o consentimento dos participantes.

A participação dos membros da família de Márcio no processo de tratamento foi fundamental para a recuperação do episódio agudo de sua doença, de diferentes modos. Primeiro, havia claramente questões que envolviam toda a família. A solução exigia uma comunicação clara (Satir, 1964, 1972) e um potencial realinhamento de papéis dentro da unidade familiar, como uma nova atribuição de responsabilidades. Uma decisão unilateral de Márcio ignorar as estressantes, mas importantes, responsabilidades provavelmente impactaria outros membros de seu sistema familiar (Bertalanffy, 1968).

Segundo, os indivíduos com transtorno bipolar com frequência não aderem à prescrição de medicamentos (Lingam et Scott, 2002; Perlick, Rosenheck, Kaczynski et Kozma, 2004). Na verdade, um dos obstáculos, mais difíceis para bons resultados entre os indivíduos com doenças mentais, graves, inclusive pessoas com transtorno bipolar, é a interrupção prematura da medicação (Begley et al., 2001; Colom, Vieta, Tacei, Sanchez-Moreno et Scott, 2005; Lieberman et al., 2005; Lingam et Scott, 2002; Osterberg e Braschke, 2005). Os indivíduos que são aceitos e apoiados pelos familiares conseguem utilizar os serviços de saúde de forma apropriada (Pescosolido, Gardner et Lubell, 1998) e podem ser menos propensos a sofrer uma recaída. Uma interação positiva com a família e o apoio que ela pode dar trazem efeitos favoráveis ao comportamento da pessoa doente, pois ela lida melhor com a doença, modula a culpa/vergonha, desenvolve a esperança, aumenta o senso de competência e melhora a autoestima (Johnson, Meyer, Winnett et Small, 2000).

Alguns podem argumentar contra a participação de membros da família de Márcio no processo de tratamento, especificamente por causa de seu passado, de explosões enfurecidas e ameaças de lesão corporal contra sua esposa e filhas (Austin et Dankwort, 1999). Isso pode originar-se na crença de que a aceitação da responsabilidade pessoal pela violência do outro, ou pela ameaça de violência, seja primordial (Dutton et Golant, 1995), e que a inclusão de membros da família em terapias individuais permite facilmente que ele evite a responsabilidade pessoal e use as atitudes dos familiares como desculpa para suas ameaças e ações violentas. Alguns clínicos temem que a participação de familiares que se sentem ameaçados ou prejudicados, no tratamento daquele

membro ameaçador, possa levá-los a acreditar, erroneamente, que são responsáveis pela incapacidade do indivíduo em reagir sem ameaças e sem violência (Felder et Victor, 1996). Na situação de Márcio, por exemplo, a preocupação poderia ser a de que a inclusão dos membros da família no processo de tratamento permitiria que ele justificasse suas ameaças como uma resposta àquilo que percebia como exigências excessivas de seu tempo e energia, ou que seus familiares viessem a acreditar que eram responsáveis pelas ameaças dele.

Outros clínicos e pesquisadores são contra a inclusão de membro(s) da família ameaçada no processo de tratamento com o indivíduo ameaçador, porque a abertura exigida dele pode realmente aumentar os riscos de dano (Gondolf et Russell, 1986). Em uma situação como a de Márcio, o risco de potencial prejuízo para seus familiares, que poderia ocorrer como resultado do envolvimento no processo de tratamento, precisaria ser pesado em comparação aos benefícios potenciais, tanto para os membros da família quanto para Márcio.

A metáfora da árvore, usada por Marta, fornece outra ilustração de como ela pode ser usada, tanto para identificar as forças dos pacientes quanto a natureza de seu relacionamento com os outros. Marta participou do grupo de indivíduos que sofriam de depressão. Ela estava achando cada vez mais difícil trabalhar, por causa de seus sintomas, até que finalmente tirou licença do trabalho para participar de um programa ambulatorial de terapia intensiva. Marta usou a metáfora da árvore para descrever tanto a si mesma quanto sua relação com as pessoas de seu convívio;

Sou bonita. Sou generosa, vejam, eu ofereço sombra às pessoas. Também dou apoio. Sou aberta, meus galhos são amplos. Estou me doando. Os pássaros vêm e descansam nos meus galhos. Há inovação em mim, com essas folhas.

Quando perguntei o que os pássaros significavam para ela, Marta falou de seus filhos e marido e de como ela lhes dava apoio e eles a ajudavam a fazê-la feliz. A capacidade de se dar aos outros, ela acreditava, era uma de suas maiores forças e havia crescido muito por sua crença em Deus e pela bondade dele.

A identificação de Marta do apoio mútuo que ela e seus familiares dão uns aos outros, deu-lhe o conhecimento do que ela seria capaz de usar no futuro, se voltasse a se tornar depressiva. A pesquisa demonstrou que uma rede de apoio

e a conexão com outras pessoas podem ser fundamentais para manter uma boa saúde mental e evitar recaídas (Bloch Et Singh, 1997; Torrey Et Knable, 2002).

A metáfora da árvore também pode ser usada como padrão para a construção do genograma familiar ou da comunidade. Os genogramas são uma representação gráfica da família ou da comunidade por meio de símbolos, capaz de retratar dinâmicas interpessoais, conflitos, doenças, ligações pessoais e sociais, entre outras peculiaridades do gênero. São usados para ajudar o paciente a desenvolver uma compreensão de como eles se envolvem na relação com os outros, as ligações com os outros e o nível de poder e influência exercidos por vários indivíduos, grupos e entidades que constituem seu mundo (Ivey, 1998; Rigazio-DiGilio, Ivey, Kunkier-Pcck Et Grady, 2005). A definição do paciente, de sua rede como uma árvore, fornece também ao conselheiro ou terapeuta informações importantes sobre os pontos fortes que seu paciente tem e a que pode ser capaz de recorrer a partir de fontes diversas.

O uso do genograma da árvore com Sara ilustra como pode ser usado com o paciente. Sara, uma mulher de classe média, com seus 30 anos de idade, havia sido diagnosticada com transtorno de adaptação. Ela havia sido criada por pais rígidos e inconstantes, os quais muitas vezes agiam de forma abusiva tanto física quanto emocionalmente em relação aos filhos. Sara foi abusada sexualmente por um amigo da família quando tinha 11 anos, e a resposta de seus pais foi culpá-la. Eles continuaram permitindo que o indivíduo levasse Sara para as atividades extraescolares, apesar dos protestos dela. Os pais de Sara reagiram às suas tentativas de fuga, para evitar novos abusos, com muita raiva e protestos irritados por sua falta de consideração.

Sara veio para o aconselhamento sentindo-se não apenas desconectada dos outros, mas sem nenhuma conexão com nada nem com ninguém. Começamos, gradualmente, a examinar suas conexões usando a metáfora da árvore e finalmente usando a árvore para mostrar seu genograma. Suas raízes mostraram forte ligação com a fé e a tradição de seus avós, que tinham vindo da Europa para os Estados Unidos. Seus ramos seriam seus braços que se estendiam e a conectavam ao mundo ao seu redor - outras árvores, pássaros, o céu, o sol, cada um representando uma figura ou entidade significativa em sua vida. Suas folhas protegiam o tronco - seu núcleo interior - tornando-se seu modo de apresentação para o mundo. Sara reconheceu que poderia mudar sua apresentação, do mesmo modo como a árvore reflete as mudanças das estações, através da transformação, morte e renascimento das folhas. Alguns galhos eram

mais fortes que outros, e algumas folhas, mais gloriosas do que outras. Finalmente, a construção do genograma da árvore possibilitou que Sara reconhecesse e admitisse a si mesma no contexto.

Usando a árvore para visualizar o futuro: a árvore do encantamento

Como foi discutido detalhadamente no Capítulo 4, os indivíduos têm potencial para alcançar a autorrealização, isto é, "a plena utilização e aproveitamento de talentos, capacidades, potencialidades", uma vez que suas necessidades biológicas e filiações foram atendidas (Maslow, 1970, p. 150). O processo de alcançar a autorrealização tem sido comparado ao crescimento de uma árvore.

O que é necessário para a autorrealização prosseguir com sucesso é um ambiente educativo que forneça cuidado e apoio social adequados, bem como um compromisso pessoal com o crescimento. A autorrealização é como o processo de um carvalho que cresce da semente até virar uma árvore. A semente já tem dentro de si o potencial para o carvalho inteiro, mas luz solar adequada, água, nutrientes e outras condições ambientais são necessárias para que o crescimento ocorra. Por um lado, o desenvolvimento é como o nascimento natural e o crescimento expansivo para o alto com as potencialidades inatas (autorrealização). Por outro, o desenvolvimento é como a árvore que se esforça para ir em direção à luz, como quando as pessoas procuram realização alongando-se para seus próprios ideais e aspirações, em direção ao amor e às conexões responsáveis com os outros (Robbin, Chatterjee Et Canda, 1998, p. 362).

Descobri que as pessoas são bastante receptivas à ideia da árvore do encantamento quando se aproximam as festividades do mês de dezembro, talvez porque a árvore de Natal faça parte da cultura ocidental. Pensei na possibilidade de formar uma árvore em grupo, trazendo para a sessão uma pequena árvore de plástico ou metal e convidando os pacientes participantes do grupo para criar as "folhas". Trago papel de diversas cores e texturas, tesouras, diversas cores de canetas e lápis, cola e outros materiais que podem ser usados para decorar as folhas que os pacientes fazem, como miçangas, fitas, purpurina em várias cores. Os pacientes podem, então, criar as suas folhas e escrever nelas uma meta, um desejo para seu futuro ou uma solução que reflita a mudança que eles estão se comprometendo a fazer. A cada paciente é fornecido um barbante ou fio para pendurar a folha na árvore. Os pacientes são convidados a compartilhar com os outros membros do grupo o significado de suas folhas e do processo de criar uma folha.

Os indivíduos de um grupo em que utilizei a metáfora da árvore desta forma usaram a oportunidade para visualizar suas metas, criar novas soluções para

mudança e refletir sobre os aspectos positivos de suas vidas. Diversos indivíduos escreveram em suas folhas "parar de fumar", enquanto outros escreveram "fazer faculdade", "permanecer no emprego" e "sou grato pela vida que o Homem lá em cima está oferecendo para mim". Todos os pacientes disseram que gostaram de usar essa metáfora porque o exercício exigiu que eles refletissem e escrevessem suas metas, o que renovou suas esperanças de poder alcançá-las; discutiram suas aspirações com os outros membros do grupo, o que permitiu maior apoio nos esforços para atingir seus objetivos; e pensaram no futuro, o que os ajudou a acreditar que poderão ter um (em contraste com o suicídio ou a morte por uma doença crônica).

Capítulo 11.

Fortalecendo O Alicerce: Teoria Básica

A Finalidade Da Metáfora

Como a metáfora pode ajudar os pacientes no aconselhamento? Qual é a base para esta abordagem?

O uso da metáfora na terapia destina-se a numerosas finalidades. Primeira, a metáfora permite que o terapeuta e o paciente abordem a situação indiretamente, com discernimento e empaticamente (Seiden, 2004). Talvez o paciente ainda não esteja pronto para enfrentar diretamente alguma situação ou questão. O uso da metáfora possibilita que ele circum-navegue e pondere a questão sem ter que se comprometer imediatamente com um ponto de vista, uma perspectiva ou uma decisão. E como os pacientes, através do uso da metáfora, podem restringir ou ampliar a distância entre eles mesmos e a situação ou a questão com a qual estão lidando, eles mantêm o controle sobre a profundidade e a duração de sua exploração. A confiança que os pacientes adquirem em relação à metáfora permite que eles gradualmente se aproximem cada vez mais de sua verdade, conforme seu bem-estar e as circunstâncias de sua vida fora da sala de terapia.

A esse respeito, é importante que o terapeuta permaneça sintonizado com a resposta do paciente para alguma metáfora. Pode-se sugerir uma metáfora específica, assim como quem lança um barquinho de papel em um lago e observa para ver onde a água e o vento o levarão. Entretanto, insistir no seu uso incessantemente, assim como quem comanda um barquinho de controle remoto e quer levá-lo à outra margem do lago no menor tempo possível, pode agravar o nível de ansiedade do paciente, aumentar sua defesa e reduzir a probabilidade de ele voltar às questões mais perturbadoras.

Como a metáfora permite que o paciente mantenha distância da qualidade, do atributo ou da situação que está explorando, ela também oferece a

oportunidade de aprender como separar o conteúdo do processo. Considere, como exemplo, a metáfora da bicicleta. Enquanto os indivíduos seguem em frente na vida, eles são pegos pelo conteúdo: o que está acontecendo com eles, o que estão fazendo em determinado momento - em essência, o material que constitui a estrutura de suas vidas. Eles estão de bicicleta, pedalando atentamente. Usando esta metáfora, os pacientes podem recuar e se verem na bicicleta; podem ver por onde andaram, onde estão agora, e podem começar a ter ideia de onde gostariam de ir; enquanto examinam o conteúdo de suas vidas, desenvolvem maior entendimento de suas próprias ações e o significado dessas ações. Em outras palavras, começarão a responder às situações que encontrarem, em vez de simplesmente reagir a elas. Irão ver a floresta e as árvores ao longo do caminho, e vão escolher como irão avançar, pedalando ou com um veículo motorizado.

A metáfora oferece um mecanismo para a criação da polivocalidade, isto é, o uso dos recursos interpessoais e sociais do paciente para expandir as origens do input em suas experiências e ambiente (Gergen, 1999). O paciente "desenterra" seus pontos fortes no contexto da metáfora; a observação desses pontos valida a existência desses recursos e contribui para que ele expanda sua visão a respeito de si próprio.

Considere, por exemplo, como as metáforas da sopa de pedra e da sopa de letrinhas podem ser usadas em conjunto, para efetuar essa expansão. Conforme já descrito anteriormente, os pacientes são convidados, no contexto do grupo, a enumerar suas qualidades, relacionando-as a cada letra do alfabeto ("sopa de letrinhas"), ou a identificar aquilo que consideram como contribuição aos outros no ambiente deles. Uma variação desse exercício seria pedir ao grupo que identificasse uma ou mais contribuições positivas que determinado membro tenha dado para a "sopa de pedra".

A metáfora serve também como ferramenta com a qual o paciente e o terapeuta criam uma linguagem cômoda e compreensível, um meio que possibilite a ambos reconhecerem imediatamente algum caso ou evento específico. Por exemplo, a referência de Brenda ao fantoche de ovelha nos faz lembrar da enumeração de suas qualidades faltantes e daquelas que ela queria desenvolver. E por ser uma criação conjunta do paciente e do terapeuta, ao invés do terapeuta criar sozinho, os pacientes assumem a posse e levam a metáfora com eles ao deixarem a terapia, como uma "fitinha amarrada no pulso", que servirá para lembrá-los onde estiveram, para onde estão indo e os

pontos fortes que eles têm para ajudá-los em suas jornadas. Quando José começar a se sentir sem valor, inútil, incompetente, personificando todos os atributos negativos que ele possa imaginar, a lembrança de sua sopa de letrinhas e de suas qualidades positivas o ajudará a evitar um mergulho de cabeça em um poço escuro, de tristeza e desespero.

A metáfora possibilita que o terapeuta e seu paciente, juntos, monitorem e avaliem as mudanças na autoimagem, nas percepções de sua situação, nas metas para o futuro, em seu comportamento para si mesmo e para com os outros. O processo e o conteúdo de uma metáfora em particular usada pelo paciente, bem como o significado e a importância que ele atribui a ela, podem mudar com o tempo, criando, assim, uma oportunidade para refletir sobre o quanto o paciente cresceu e a natureza desse crescimento. Isso fornece ao terapeuta uma ferramenta adicional para medir o crescimento do paciente, as mudanças nos sintomas e as relações com os outros. A informação que se agrega com essa ferramenta adicional pode ser integrada aos dados obtidos de outras avaliações e mecanismos de avaliação, maximizando, deste modo, a validade das observações (Fennig, Craig, Lavelie, Kovasznay Et Bromet, 1994; Fennig, Craig, Tanenberg, KarantEt Bromet, 1994; Meyer, 1996; Perry, 1992; Pilkonis et al., 1995; Steiner, Tebes, Sledge et Walker, 1995).

Por Que A Metáfora Funciona?

Usando uma abordagem baseada em pontos fortes

Você deve ter percebido que diversas metáforas que uso possibilitam, e sempre sugerem, que os pacientes focalizem em suas capacidades e habilidades. Esta ênfase deriva de uma abordagem baseada nos pontos fortes para a terapia, a qual se baseia em cinco premissas: (1) todas as pessoas e todos os ambientes possuem pontos fortes que podem ser identificados e aproveitados para melhorar a qualidade de vida; (2) uma ênfase consistente sobre os pontos fortes promove motivação ao paciente; (3) a identificação dos pontos fortes do paciente necessita de um processo de descoberta colaborativa entre o paciente e o terapeuta; (4) o foco nos pontos fortes reduz a probabilidade de que o paciente será, ou sentirá que é, culpado pela situação que se apresenta; e (5) todos os ambientes contêm recursos que podem ser acessados e utilizados (DeJong Et Miller, 1995).

A abordagem baseada nos pontos fortes requer que os terapeutas façam perguntas positivas sobre como as pessoas podem lidar com as questões, como elas respondem aos desafios e como triunfam com a superação das dificuldades que enfrentam em seu dia a dia (Moxiey, 1997). Conforme já foi dito, cada pergunta gera uma possível versão de vida em potencial (Epston, citado em Cowley Et Springen, 1995). Além disso, solicita que o terapeuta avalie os pontos fortes e fracos dos pacientes no contexto em que ocorrem, bem como os pontos fortes e fracos de seus ambientes; isso possibilita que o terapeuta e o paciente identifiquem os pontos fortes que o paciente talvez nem saiba que existam (Cowger, 1994; Moxiey, 1997). A esse respeito, a abordagem baseada nos pontos fortes assemelha-se ao foco da psicologia positiva sobre os pontos fortes do paciente no contexto das exigências da situação (Aspinwall Et Staudinger, 2003). [A relação entre a abordagem baseada nos pontos fortes e a psicologia positiva será discutida em maiores detalhes a seguir.] Essa ênfase nos pontos fortes, tanto do indivíduo quanto do ambiente, fornece uma base de maior capacitação pessoal e social para o desenvolvimento do paciente, isto é, uma capacidade maior para determinar a direção de sua própria vida e de desempenhar um papel importante na estrutura de seu ambiente (Cowger, 1994).

Você deve ter observado também que, apesar de os pacientes muitas vezes terem diagnósticos de doenças mentais graves, eu não levanto a questão desses diagnósticos nem dos sintomas da doença com as metáforas que uso. Isso não quer dizer que evito tocar no assunto; na verdade, é fundamental que os pacientes tenham a oportunidade de explorar, em um espaço seguro, suas doenças, os sintomas, o impacto e os significados do diagnóstico, as manifestações no dia a dia e a esperança para o futuro. No entanto, não abordamos essa discussão visando reduzir a patologia; ao invés disso, focamos nos pontos fortes que o paciente traz para enfrentar os desafios e as dificuldades geradas pelo diagnóstico.

O foco na perspectiva baseada nos pontos fortes do paciente, no contexto em que eles se manifestam, facilita o uso dessa perspectiva entre diferentes culturas. Considere, por exemplo, a qualidade do familismo - nome que se dá a um dos mais importantes traços da cultura latino-americana. É definido como uma forte identificação e compromisso do indivíduo com sua família, a valorização do casamento, a criação dos filhos e o senso de responsabilidade entre irmãos (Glazer Et Moynihan, 1963). A lealdade, a reciprocidade e a

solidariedade são sentimentos partilhados não só pelo núcleo familiar, mas também pelos membros da família estendida, que inclui padrinhos, afilhados e amigos "adotados" (Bravo, 1989; Salgado de Snyder et Padilha, 1987).

O familismo consiste de componentes estruturais, atitudinais e comportamentais. Familismo estrutural refere-se aos limites espacial e social "dentro dos quais ocorrem comportamentos e atitudes que adquirem significado e são delineados pela presença ou ausência de membros da família nuclear e estendida" (Valenzuela Et Dornbusch, 1994, pp. 18-19). Os aspectos atitudinais incluem crenças e atitudes com relação à família e o respeito a sentimentos de lealdade, solidariedade e reciprocidade; o componente comportamental refere-se a ações associadas com esses sentimentos (Triandis, Marin, Betancourt, Lisanski Et Chang, 1982).

Tem sido postulado que a família latino-americana pode desempenhar um papel singular de proteção, em decorrência de suas fortes ligações associadas a altos níveis de lealdade mútua, solidariedade, cuidado e confiança (Marin Et Marin, 1991). No entanto, os efeitos do familismo podem ser intermediados pelo nível de aculturação e local de nascimento (Gil, Vega Et Dimas, 1994; Sabogal, Marín, Otero-Sabogal, Marin Et Perez-Stable, 1987; Vega, Zimmerman, Warheit, Apospori Et Gil, 1993).

Suponha, agora, que uma paciente tenha uma forte crença no valor do familismo. Ela foi indicada a você para terapia após a alta de uma internação para depressão maior. Suponha, ainda, que ela tenha sofrido abuso sexual quando criança e que agora é alvo da violência física de seu marido. A divulgação e a discussão dessas circunstâncias podem representar uma deslealdade extrema para com sua família e quebra de confiança. No entanto, fazer com que ela reconheça, considere e supere esses eventos traumáticos do passado pode ser fundamental para a recuperação de sua depressão.

A confiança na perspectiva baseada nos pontos fortes permite que o terapeuta explore com o paciente a natureza positiva do familismo e as circunstâncias nas quais o paciente acredita que sua lealdade seja adequada. O uso da metáfora possibilita que o paciente comece a aceitar a ideia de que a lealdade para com um membro da família pode ser inapropriada se houver ausência de reciprocidade e em situações em que essa lealdade represente uma ameaça real de sobrevivência.

A base de uma metáfora de abordagem baseada nos pontos fortes é fundamental para seu sucesso em tal situação. Suponha o uso da metáfora da bicicleta com esta paciente em especial, para explorar onde ela está e para onde está indo, em termos de relacionamentos. Ao olhar para o seu caminho, pode acontecer um "Ah!", uma revelação, um momento em que ela reconhece seu papel na escolha de parceiros violentos. Ela, então, visualiza um acidente com sua bicicleta se continuar por esse mesmo caminho. A paciente não pode sair do consultório com isso, como a última imagem da sessão. Isso poderia levá-la a uma ruminação contínua sobre sua deficiência, resultando em um aumento de sua depreciação, uma queda na autoestima e uma piora na depressão. De fato, pesquisas sugerem que a ruminação absorvida pode levar a resultados adversos, incluindo aumento de pensamentos e lembranças pessimistas, diminuição da concentração e da motivação e dificuldades na resolução de problemas (Lyubomirsky EtTkach, 2004; Nolen-Hoeksema, 2003).

O que se pode fazer nesse ponto é direcionar a atenção da paciente para os pontos fortes que ela usou no passado e que a ajudaram a sobreviver e superar essas relações, e como pode voltar a usar esses pontos fortes para seguir por um caminho mais agradável e fácil no futuro. Um foco em seus pontos fortes e nas emoções positivas associadas com a sua conscientização podem promover um crescimento adicional e incentivar o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento (Frederickson, 2001). E, dependendo da reação da paciente à metáfora da bicicleta no momento em que teve o instante de revelação, é aconselhável não usar mais essa metáfora, a menos que ela própria a evoque, pois o nível de trauma e ansiedade estaria associado com a recordação.

Psicologia positiva

Vamos ver aqui, mais claramente, a relação entre a abordagem baseada nos pontos fortes e a psicologia positiva, e como essas duas perspectivas são relevantes para o uso da metáfora.

A psicologia positiva pode ser definida como "o estudo das condições e processos que contribuem para o florescimento e o funcionamento saudável de pessoas, grupos e instituições" (Gable et Haidt, 2005). Destina-se a catalisar mudanças na psicologia a partir de uma preocupação com a recuperação das piores coisas da vida para reforçar as melhores qualidades da vida... Temos

que promover a estruturação das forças como estratégia de tratamento e prevenção da doença mental (Seligman, 2002).

A psicologia positiva opera no âmbito da experiência subjetiva, como sentimentos de satisfação do passado, sentimentos de alegria no presente e pensamentos positivos sobre o futuro; em âmbito individual com relação aos atributos pessoais positivos, tais como a própria sabedoria ou a capacidade de perseverar; e em âmbito de grupo, refletida em um movimento para aumento das qualidades relacionadas à cidadania, como evidenciado pela civilidade e altruísmo (Gilham et Seligman, 1999; Seligman e Csikszentmihalyi, 2000). "Psicologia positiva", então, refere-se a qualquer abordagem terapêutica que foque nos pontos fortes e atributos positivos do paciente (Wong, 2006).

A psicologia positiva considera, portanto, as forças e as fraquezas da pessoa e do ambiente em que ela vive (Wright et López, 2002). A abordagem baseada nos pontos fortes representa uma aplicação específica da psicologia positiva (Wong, 2006), assim como a terapia focada na solução (de Shazer et Berg, 1992) e a terapia da esperança (López, Floyd, Ulven et Snyder, 2000; Snyder, Rand et Sigmon, 2002). A saúde mental é examinada como o corolário da doença mental e, como a doença mental, reflete uma constelação de sintomas (Keyes et López, 2002). Diferente da doença mental, seus sintomas são de bem-estar ao invés de sintomas de disfunção.

Vamos considerar como uma abordagem terapêutica que estabelece como premissa a psicologia positiva pode diferir de outra que utiliza a abordagem mais focada no deficit. Suponha que se queira promover maior resiliência em uma criança. Uma abordagem de deficit ou orientada para o risco procura evitar a falta de abrigo através de programas assistenciais, de redução da violência e da prevenção do abuso infantil através de programas para pais de indivíduos considerados de alto risco. Essas estratégias focam no que está faltando e tentam eliminar o vazio percebido. Pelo contrário, as estratégias que partem da premissa da psicologia positiva incluem o incentivo as relações de cooperação já existentes para as crianças e apoio às tradições culturais que proporcionam às crianças a oportunidade de desenvolverem fortes laços emocionais, senso de estabilidade e familiaridade, e senso de orgulho de si mesmas.

Teoria cognitivo-perceptiva

O uso da metáfora na terapia também se apoia na teoria cognitivo-perceptiva e na natureza da memória. A teoria cognitivo-perceptiva não lida com como o indivíduo aprende e sim no que o indivíduo aprendeu e reteve por mais tempo, como chaves para a compreensão da percepção do indivíduo sobre si mesmo e sobre o mundo que o rodeia (Bruhn, 1990). Esta teoria é compatível com a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget e com o modelo de estágios de crescimento e desenvolvimento humano de Erik Erikson, já citado em capítulos anteriores (Bruhn, 1990).

A contribuição da teoria cognitivo-perceptiva é a seguinte: a memória é organizada em torno do conteúdo (o que aconteceu?), do tempo (em que fase do ano/com que idade?), da pessoa (quem estava envolvido?), do lugar (onde aconteceu isso?), da atividade (o que você estava fazendo?), do humor (o que você estava sentindo naquele momento?) e da atitude (o que você achou disso?) (Bruhn, 1990). Vemos, então, que muito de nossa memória está amarrada a experiências concretas, tais como cenas, sons, lugares, pessoas (Pinker, 2007). A metáfora fornece aos pacientes uma imagem concreta, que se baseia na substância (por exemplo, a árvore), no espaço (o floco de neve), no tempo (subir a escada) e causalidade (a bicicleta), a qual deve, conseqüentemente, estimular a memória de suas experiências (cf. Pinker, 2007). Vemos, então, que a "essência da metáfora é compreender e experimentar um tipo de coisa (a experiência do paciente) nos termos de outra (a metáfora proferida)" (Lakoff Et Johnson, 1980, p. 5). E como as metáforas são tão ambíguas em nosso uso da linguagem, os pacientes conseguem relatar seus usos. Considere, por exemplo, as metáforas refletidas em declarações como "A ideia dele deu frutos" (ideias são plantas); "Eles têm um relacionamento doente" (o amor é um paciente) e "Ele é louco por ela" (o amor é uma doença mental) (Lakoff Et Johnson, 1980).

As lembranças dos pacientes provavelmente são seletivas, e não fotográficas. Como algo é lembrado dependerá em grande parte de sua utilidade (ou seja, da medida em que uma grande lição sobre si mesmo, sobre os outros, ou sobre o mundo foi aprendida) e adaptação (da medida em que memória se concentra em questões não resolvidas). No entanto, o paciente pode ser incapaz de articular claramente ou até mesmo delinear seus sentimentos ou ideias; a metáfora serve, então, como ferramenta para facilitar a identificação e a comunicação dessas abstrações.

Capítulo 12.

Saindo Da Porta:

Como Criar E Usar A Metáfora Para Cura, Crescimento E Mudança

As Origens Da Metáfora

As fontes da metáfora são quase ilimitadas. Podem ser derivadas de textos religiosos, contos populares, músicas, histórias ou experiências cotidianas. A metáfora e a narrativa estão frequentemente entrelaçadas. As metáforas servem como base para o desenvolvimento de histórias ou rituais e também podem ser derivadas de histórias. Como tal, podem servir como símbolos para se referir a eventos compartilhados ou conhecimento (Johnson, 1995). Descobri que as metáforas fazem mais sucesso com as pessoas quando elas incorporam e refletem uma experiência universal, tal como uma árvore.

Os seis objetos listados a seguir, extraídos de vivências comuns, ilustram como as metáforas são formuladas e usadas no contexto do aconselhamento. Cada objeto tem sido relacionado com um ou mais objetivos que servem de foco para o seu uso.

Trem. A metáfora do trem pode ser usada para ajudar no desenvolvimento de uma direção futura, enfatizar a necessidade de determinação e perseverança, explorar as potenciais dificuldades na realização de objetivos pessoais e como mecanismo para a compreensão das interações e relações interpessoais. Pode ser usada também para explorar o papel que o paciente terá ou a energia que irá dedicar para a realização de uma meta ou objetivo. Como exemplo, o trem deve passar por vales e montanhas traiçoeiros para alcançar a estação pretendida, assim como o paciente pode encontrar obstáculos intransponíveis ao trabalhar em direção a um objetivo. Em qualquer dessas situações, o paciente pode perceber-se como uma locomotiva, puxando o comboio (grupo); como um vagão, que segue para onde vão as outras partes do trem; ou quem sabe o vagão-restaurante, fornecendo alimento para os outros nessa viagem. Ou

será que o paciente se coloca fora do trem, como maquinista, como cobrador de bilhetes, ou como engenheiro? O local onde o paciente se situa, como parte da metáfora do trem, pode mudar com o tempo, quando o contexto de sua vida mudar e ele se sentir mais ou menos no domínio de sua vida, e quando a compreensão de si mesmo aumentar.

Cebola. A metáfora da cebola pode ser usada para medir a complexidade ou as múltiplas formas (camadas) de ser do paciente, que devem ser conhecidas para que ele compreenda a si mesmo. Pode ser usada também como veículo para a compreensão das dinâmicas do relacionamento. Por exemplo, o paciente pode ficar frustrado com o árduo processo do aconselhamento, sentindo que o tratamento poderia levar menos tempo, desejando uma solução rápida para os problemas da vida. A metáfora da cebola pode ser usada de forma que o faça compreender, apreciar e valorizar suas próprias complexidades e a alegria que vem da busca e do aprendizado com as várias camadas dele mesmo, as quais, como numa cebola, têm textura e gosto únicos.

Engrenagem. A metáfora da engrenagem é excelente para ajudar os pacientes a desenvolverem a compreensão de seus relacionamentos e os lugares que ocupam nas constelações dos seus relacionamentos. Para os que preferem conhecer as bases teóricas das metáforas a eles apresentadas, a engrenagem é facilmente comparada com a teoria dos sistemas, cuja premissa é a ideia de cada indivíduo desempenhar um papel dentro de um sistema maior de relacionamentos, e que uma mudança no indivíduo necessariamente acarretará transformações, mesmo que pequenas, nesse sistema. Os pacientes podem ser encorajados a examinar a força de cada um dos elos do seu conjunto de relacionamentos, sua própria força como um componente desse sistema e como, bem ou mal, a engrenagem se move como um todo. Você pode fazer quantas perguntas quiser ao usar essa metáfora.

- Há algum elo mais forte ou mais fraco do que os outros?
- O que isso provoca ao equilíbrio da engrenagem?
- Quão forte é essa engrenagem? O que lhe dá essa força?
- De que forma cada componente ajuda a engrenagem funcionar?
- Você tem/usa essas mesmas qualidades agora? De que maneira?

Prisma. A visão de um prisma com suas várias facetas e reflexos coloridos fornece a base para uma exploração das múltiplas perspectivas em determinada situação, e as diversas opções disponíveis para o paciente que precisa tomar uma decisão. Dependendo do ângulo com que o prisma é visto, as cores

refletidas podem ser muito diferentes. Nossa relação com aquele prisma dependerá das cores que vemos a partir dele. Assim, também, alguém pode responder de forma diferente a uma situação, por ter uma perspectiva diferente sobre o assunto. As perguntas que podem ser feitas aos pacientes que usam essa metáfora, dependendo de como eles a usarem, incluem:

- *Há alguma cor, em especial, que reflita quem você é?*
- *Que qualidades ou partes de si você acha que combinam com essa cor?*
- *Você reflete cores diferentes para pessoas diferentes em situações diferentes? Como você decide quais delas mostrar?*
- *Há alguma parte ou qualidade sua cujas cores não sejam refletidas por esse prisma? Que qualidades são essas? De que elas seriam?*

Montanha. Em inglês é comum usar-se o ditado "Não faça uma montanha de um morrinho" para se referir a uma resposta desproporcional e exagerada a determinada circunstância adversa ou a uma situação já superada e não mais significativa - algo como "Não faça tempestade em copo d'água". A metáfora da montanha pode ser usada para ajudar os pacientes a distinguirem o que é realmente importante (a montanha) daquilo que na verdade não tem importância ou é superficial em dada situação (o morro). É útil na identificação de prioridades, da mesma forma que a metáfora do donut ("Mantenha o olhar no donut e não no buraco"). Pode também ser usada para que os pacientes visualizem barreiras e obstáculos e como podem superá-los.

Quebra-cabeça. Para conseguir montar o quebra-cabeça com sucesso, a pessoa precisa encaixar diferentes peças umas nas outras até formar um todo. As peças se combinam fisicamente, por seu formato e de acordo com seus conteúdos e cores. Essa metáfora pode ser usada para explorar a complementariedade dos relacionamentos e seus papéis. Quais forças e fraquezas cada pessoa traz para o relacionamento ou situação e que faz com que ela ou a situação "ajuste-se" perfeitamente? Elas se desenvolvem e complementam os pontos fortes dos demais? Ou será que as fraquezas e limitações de cada um servem apenas para ampliar as dos outros? Esta metáfora é especialmente útil no trabalho com pacientes que estão enfrentando conflitos no trabalho, na família ou em um relacionamento amoroso.

Os pacientes também podem propor metáforas ao descreverem suas situações, suas doenças, ou os problemas que estão enfrentando. Michael White (2007, pp. 32-33) verificou que os pacientes utilizam uma grande diversidade de metáforas. Essa diversidade decorre da variedade de suas próprias

vivências, tais como o mundo equino ("apear-se do cargo"), o mundo marítimo (salvar a vida de alguém que estava "se afogando" em problemas), geografia (recuperar seu "espaço") e do clima ("aclimatar-se" à nova situação), dentre outras.

Usando A Metáfora Com Pacientes

Como introduzir a metáfora

Introduzir a metáfora ao trabalho e conseguir que os pacientes aceitem trabalhar com esta técnica é provavelmente uma das questões mais difíceis para conselheiros e terapeutas. É importante reconhecer e aceitar, desde o início, que alguns pacientes podem não estar dispostos a se engajarem no uso da metáfora. Outros podem ficar hesitantes, achando que parecerão tolos ou que isso seja coisa de criança.

Descobri ser útil dar início à abordagem da metáfora perguntando ao paciente: "Você está disposto a tentar uma experiência comigo?". Alguns pacientes respondem: "Claro", e então eu sigo com uma metáfora específica que considere útil a ele.

Outros pacientes podem responder: "O que você quer dizer com experiência?"; "O que vai acontecer?"; ou, de outra forma, "O que você vai fazer comigo?". Eu respondo explicando que descobri que usar uma metáfora ajuda muitas pessoas, porque manter a imagem em mente pode facilitar a conversa sobre algum assunto, visualizar uma situação ou lembrar de um sentimento. Explico também que "experiência" significa que é algo que podemos tentar, mas não sabemos ainda se vai funcionar ou não. Não uso a palavra "falhar". E, como não conseguimos saber antecipadamente se uma experiência vai funcionar ou não, o paciente exime-se da responsabilidade de fazer dar certo e não se envergonha ou fica sem jeito se falhar. Não existe fracasso porque foi simplesmente uma experiência. Quero apontar também que algumas vezes determinada metáfora pode não funcionar, enquanto outra pode se mostrar mais relevante a algum paciente em particular. Se o paciente acha que a metáfora não o está ajudando, eu explico que podemos tentar outra, algum dia, no futuro, se ele se interessar. Na minha experiência, a maioria dos pacientes se dispõe a tentar a metáfora depois dessa explicação, porque não existe risco ou fracasso.

Quais pacientes podem se beneficiar?

Alguns profissionais da área de saúde mental reagem com descrença quando menciono o uso da metáfora com indivíduos com transtornos do pensamento, como esquizofrenia, e transtornos do humor, como o transtorno bipolar ou depressão maior. Eles questionam, por exemplo, a capacidade de alguém com esquizofrenia relacionar uma metáfora à sua situação pessoal, ou a capacidade de alguém com transtorno bipolar reformular a percepção de seu comportamento através do uso da metáfora.

Descobri, no entanto, que pacientes com sérios transtornos de humor e aqueles com transtornos do pensamento conseguem utilizar a metáfora como uma forma de explorar situações passadas e atuais, o conceito de si mesmo, seus relacionamentos, suas esperanças e medos. Como a metáfora utiliza imagens familiares e concretas, capazes de provocar poucos sentimentos de ameaça ou vulnerabilidade, a integração da técnica da metáfora às modalidades terapêuticas permite que o paciente inicie a exploração dos assuntos críticos mais efetivamente.

Como qualquer abordagem ou técnica terapêutica, as metáforas não serão úteis para todos os pacientes. De modo geral, observei que meu uso da metáfora não traz benefícios a dois grupos de indivíduos. O primeiro é formado por pessoas com limitação intelectual, tais como o retardo mental. Embora consigam descrever o objeto da metáfora, como a árvore e o floco de neve, não são capazes de relacionar as características do objeto a eles mesmos, em virtude das limitações do seu funcionamento intelectual.

O segundo grupo de pacientes, com quem considero inútil usar a metáfora, consiste de mulheres jovens que estejam vivenciando consideráveis conflitos no relacionamento com suas mães. Não examinei o assunto sistematicamente, mas, quando uso a metáfora com elas, surgem reminiscências de histórias contadas pelas genitoras e, como tal, podem ser percebidas como uma ameaça visando separá-las de suas mães. Essa reação pode ser mais pronunciada no trabalho comigo porque sou mulher e tenho idade para ser mãe delas, elevando, assim, significativos problemas de transferência.

Algumas vezes os pacientes não reagem diretamente à metáfora, mas o uso da metáfora pode levar o paciente a ver sua situação com mais clareza. Esse foi o caso de Flora, uma paciente a quem eu tratava individualmente. Flora era uma

jovem com aproximadamente 25 anos, que me procurou quando saiu do emprego e terminou um relacionamento amoroso.

Quando Flora e eu começamos nosso trabalho juntas, ela me disse que nunca havia pensado em seus pontos fortes, por causa dos inúmeros obstáculos que encontrara e que de alguma forma tivera de superar. Flora havia sido submetida a severo abuso sexual quando criança e, por causa disso, tinha ficado bastante deprimida. Quando procurou a proteção de sua mãe contra o membro da família que tinha causado isso a ela, a mãe ficou furiosa, acusou-a de mentirosa e deu-lhe uma surra. Finalmente, por indicação da escola, a mãe de Flora permitiu que ela procurasse uma assistente social para aconselhamento. Em resposta à demanda da mãe, sobre o que Flora havia dito durante a sessão, a assistente social explicou que a interação entre paciente e terapeuta é confidencial. A mãe de Flora ficou furiosa e não permitiu que ela continuasse no aconselhamento, expulsando-a de casa.

Flora continuou deprimida pela "falta de base familiar", como pontuou. Ela teve raros contatos com a mãe e os irmãos desde que fora expulsa de casa, dez anos antes. Desde aquela época ela vivia, segundo suas palavras, "de sofá em sofá", na casa de diversos amigos, com as famílias de vários amigos, ou na casa de algum parceiro com quem se relacionou. Completou o segundo grau e continuou sonhando em ir para a faculdade algum dia e tornar-se uma escritora famosa. Passou por diversos empregos de meio período, em várias agências e empresas, mas desejava encontrar um trabalho que lhe permitisse se tornar financeiramente independente. Flora havia sido despedida dos últimos três empregos por razões diversas, mas relacionadas ao seu comportamento.

Perguntei a Flora como ela havia conseguido lidar com tantas dificuldades e estresse. "Fumando e bebendo" ela respondeu. Inicialmente, Flora não parecia capaz de explicar como havia conseguido se livrar dessas substâncias. Usamos a metáfora da árvore para ajudá-la a identificar os seus pontos fortes, que poderiam ser desenvolvidos ainda mais para ajudá-la, lidar com o estresse e alcançar seus objetivos. Flora não deu sua resposta como se fosse uma árvore. No entanto, foi possível perceber que a Ideia da árvore e sua germinação foram incorporadas em sua resposta ("As sementes boas foram semeadas quando eu era mais jovem") e ajudaram-na a identificar os pontos fortes e os elementos de sua vida que proporcionaram a ela maior senso de estabilidade e segurança - em outras palavras, alimento espiritual e emocional:

- *Se você pensar em si mesma como uma árvore, com tronco, raízes, galhos e folhas, como seria?*
- *Eu tenho o dom da inteligência e do discernimento. É também uma maldição, porque apesar de eu ver o que faço, eu não consigo sair do meu ciclo autodestrutivo. Sinto como se nunca fosse mudar. Preciso manter o foco. Somente pela graça de Deus. As sementes boas foram semeadas quando eu era mais jovem. Eu sempre sonhei em fazê-las crescer, de estar em um pedestal, agarrada a esse sonho e sabendo que ele pode se tornar realidade, ajudando as pessoas a ficarem longe dos meus erros. Quero tentar deixar minha avó orgulhosa. É a minha relação com Deus, realmente, que me dá força, que me dá base. Gostaria de saber se algum dia Deus vai realmente me amar e me ouvir, de verdade.*

Quando usada no contexto de trabalho de grupo ou aconselhamento familiar, as metáforas podem ajudar a desenvolver e fortalecer laços, reforçar uma sensação de segurança e refúgio e definir limites. Metáforas como a da sopa de letrinhas e a da sopa de pedra, quando usadas em grupo, criam uma oportunidade para que os membros do grupo validem as contribuições positivas uns dos outros, mesmo reconhecendo a dor e as dificuldades individuais.

Selecionando a metáfora

A seleção de uma metáfora apropriada pelo conselheiro ou terapeuta depende de vários fatores: (1) o objetivo da sessão em particular; (2) o que foi concluído na sessão anterior, se for o caso; (3) a familiaridade dos pacientes com objetos específicos; e (4) a orientação terapêutica do terapeuta. Embora uma metáfora específica possa ser usada para vários propósitos, como foi demonstrado com a metáfora da árvore, algumas parecem conduzir a um objetivo específico com mais facilidade. Uma sessão dedicada ao desenvolvimento de metas para o futuro é mais provável que seja bem sucedida se, ao iniciar esse processo, a metáfora usada implicar em direção futura, tal como a metáfora da bicicleta. O uso de uma metáfora como a do floco de neve não terá significado algum para um paciente que nunca viu neve; nesse caso, é recomendável modificar a metáfora mencionando um objeto mais reconhecível e familiar, como uma nuvem ou uma gota d'água. Finalmente, a seleção da metáfora e a interpretação do paciente dependerão, necessariamente, da perspectiva teórica do próprio terapeuta.

A mesma metáfora pode ser usada diversas vezes durante uma terapia ou aconselhamento de longo prazo. A repetição da mesma metáfora pode ajudar a ambos, paciente e terapeuta, a identificar a ocorrência de mudanças importantes, e as áreas ou âmbitos que requerem maior atenção. Por exemplo, a

metáfora do rio pode ser usada em diversos momentos para identificar mudanças pelas quais o paciente passou e as qualidades e habilidades que ele tem usado para conseguir seguir adiante produtivamente. Pode ser usada também para examinar mudanças em um contexto maior de sua vida, conforme o paciente enfrenta obstáculos novos e diferentes, desafios e aventuras. Por exemplo, podem surgir novas pedras no leito do rio ou mudanças repentinas na correnteza, uma cachoeira inesperada ou a construção de uma barragem. O uso periódico da metáfora da árvore pode revelar mudanças na "raiz" que dá sustentação ao paciente ou no relacionamento entre as folhas [outras pessoas] de seu mundo, transformações nas cores [temperamento] das folhas, ou a força, textura e altura do tronco, ou seja, o núcleo da identidade do paciente.

Integrando A Metáfora Nas Modalidades Convencionais

Arteterapia

O uso da metáfora em conjunto com a arteterapia foi discutido resumidamente no capítulo sobre a metáfora da árvore. Assim como a metáfora, a arteterapia pode utilizar ou ser integrada em várias orientações dentro da psicologia e da psicoterapia, incluindo a abordagem psicanalítica de Freud; a abordagem analítica de Jung; a abordagem humanista derivada da fenomenologia - a terapia Gestalt ou outras perspectivas humanistas, e a abordagem comportamental ou psicoeducacional - como a terapia cognitivo-comportamental (Rubin, 2001). Tal complexidade e diversidade impedem um exame de como a metáfora pode ser integrada em cada uma dessas abordagens em conjunto com a arteterapia no âmbito deste capítulo. Assim, esta seção enfoca o uso da metáfora do rio para ilustrar como uma metáfora pode ser integrada numa terapia focada na solução, com um paciente individual.

A terapia focada na solução parte da premissa do desenvolvimento mútuo de metas pelo terapeuta e pelo paciente. Os terapeutas que empregam essa abordagem procuram:

- 1) mudar "as ações" da situação que é percebida como problemática;*
- 2) mudara "visualização" da situação que é percebida como problemática; e*
- 3) evocar recursos, soluções e forças para trazer para a situação problemática (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989, pp. 126-127).*

Vamos supor, por exemplo, que um paciente está enfrentando dificuldades nos relacionamentos no ambiente de trabalho e acredita que sua ineficácia seja devida ao perfeccionismo de seu supervisor. Por diversas razões, ele deseja encontrar uma maneira de resolver a situação em vez de procurar outro emprego. Contando com o uso da metáfora do rio, o paciente pode fazer uma imagem do rio com uma represa enorme, impedindo que ele corra livremente. O terapeuta poderia investigar, dentro da observação precisa do paciente, se nenhum fluxo d'água passa realmente pela barragem. Isso pode estimular um exame daquilo que o paciente é verdadeiramente capaz de realizar, apesar do aparente impedimento, mudando, assim, sua "ação". Em seguida, o terapeuta vai trabalhar com o paciente, identificando os momentos em que a água é capaz de fluir além da barragem, isto é, quando o paciente foi capaz de ser eficiente apesar do supervisor, e as qualidades dessas situações que possam ter permitido ou facilitado o sucesso (a "visualização"). Finalmente, o paciente e o terapeuta podem focar na identificação das forças internas do paciente e nos recursos que possibilitaram que ele fosse eficiente. Seguindo essa exploração, o terapeuta pede ao paciente que formule uma imagem do rio e compare essa nova imagem com a anterior. O paciente pode descrever alguma mudança em sua representação do rio e a relação dessa mudança com a nova visão da situação.

Terapia cognitivo-comportamental

Existem inúmeras terapias cognitivo-comportamentais, tais como a modificação cognitiva do comportamento (Meichenbaum, 1977), terapia cognitivo-comportamental integrada (Wessler, 1984), e treinamento comportamental racional (Mauitsby, 1984), entre outras. Como cada modalidade terapêutica possui características únicas, é impossível examinar o uso da metáfora no contexto de cada abordagem específica. Em vez disso, enfocar aqui as características comuns entre as várias abordagens e o uso da metáfora nesse contexto.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) concentra-se nos pensamentos, decisões e valores do paciente (conteúdo cognitivo) (Ingram et Kendall, 1986); o processo pelo qual o paciente seleciona e recorda as informações; a forma como o paciente organiza a informação recebida; e os pressupostos e crenças do paciente, que servem como filtros para controle e avaliação de informações do ambiente (Rush et Beck, 1978). A TCC encoraja o paciente a examinar um

evento específico que o preocupa, a crença do paciente a respeito do evento, suas reações ao evento, que derivam daquelas crenças (Ellis, 1991). ATCC é baseada na ideia de que a resposta do paciente a determinada situação deriva de crenças irracionais. Albert Ellis (1994) afirma que os indivíduos em nossa sociedade têm apresentado onze grandes crenças irracionais que, embora muitas vezes sejam autodestrutivas, podem funcionar como "lógicas" para o nosso comportamento:

- 1. Os adultos precisam ser amados e aceitos por todos os indivíduos significativos de suas comunidades.*
- 2. A pessoa é inadequada e inútil, a menos que seja competente e produtiva em todos os âmbitos importantes.*
- 3. Os indivíduos são as suas ações; se eles se comportam mal, são pessoas más.*
- 4. A vida é horrível e terrível quando as coisas não saem da maneira que gostaríamos ou como havíamos planejado.*
- 5. Os indivíduos têm pouca ou nenhuma habilidade para mudar a maneira como se sentem ou como reagem, porque o distúrbio emocional é o resultado de forças externas.*
- 6. O indivíduo deve se concentrar em problemas ou eventos potencialmente perigosos ou preocupantes.*
- 7. Não é possível enfrentar e dedicar-se a responsabilidades e dificuldades na vida; é melhor evitá-las.*
- 8. Os indivíduos dependem de outros que os ajudem a tocar a vida; não se pode fazer isso sozinho.*
- 9. O comportamento que o indivíduo apresenta é determinado por sua história passada, que irá exercer influência sobre ele em um futuro indefinido.*
- 10. Os distúrbios dos outros são terríveis e alguém devia ocupar-se deles.*
- 11. Existe uma solução correta para todos os problemas humanos, e a incapacidade de encontrar a solução perfeita é uma falha terrível.*

A principal meta, então, é ajudar o paciente, através da reestruturação cognitiva, a reconhecer a premissa irracional que está subordinada à sua resposta e substituir a irracionalidade pela racionalidade, levando a uma modificação da resposta comportamental do paciente.

A terapia cognitivo-comportamental representa um empenho colaborativo do terapeuta e do paciente em resolver o problema do paciente. O terapeuta ou conselheiro oferece ao paciente informações sobre a natureza de sua doença, estratégias de intervenção e ferramentas com as quais avalia o sucesso das intervenções. O paciente fornece o conteúdo para as sessões, que consiste em opiniões sobre ele mesmo e os outros e sobre sua relação com os outros no mundo. A abordagem para a identificação e resolução do problema é estruturada e, muitas vezes, envolve a instrução didática, tarefas para serem

realizadas em casa, descobertas ou questionamento dirigidos do paciente, e o desenvolvimento de estratégias para a prevenção de recaída.

A metáfora pode ser usada em conjunto com as técnicas da terapia cognitivo-comportamental. Por exemplo, a metáfora do elefante e os homens cegos pode ser usada para examinar as várias formas de enxergar uma situação específica ou respostas em potencial para um acontecimento ou circunstância. Cada homem cego representa um pressuposto errôneo que fundamenta a reação do paciente para a situação (o elefante). Substituir cada homem cego por um homem com "visão" racional, permitirá que o paciente veja o elefante todo (situação) como realmente é, e possa responder a ela apropriadamente.

Considere o seguinte exemplo. Sua paciente está aborrecida porque alguém do seu escritório não respondeu à sua alegre saudação de "bom-dia". Sua conclusão (errônea) imediata foi que a pessoa deixou de cumprimentá-la porque a odeia. Sua reação, no entanto, é como se ela visse apenas uma parte do elefante, quem sabe a orelha. É fundamental que ela entenda que há um enorme elefante lá, além da orelha; outros aspectos desse elefante podem desafiar sua conclusão errônea subjacente. Isto a incentiva a procurar explicações alternativas para a falha do indivíduo diante de sua saudação; cada uma das explicações, em essência, constitui uma parte diferente do elefante. Quanto mais explicações ela conseguir identificar, mais real será o elefante que ela vê. Nessa situação, outras explicações (partes do elefante) possíveis são; o indivíduo estava num mau dia; o indivíduo estava preocupado e não a ouviu; o indivíduo estava atrasado para uma reunião ou compromisso e não quis parar; a pessoa estava ouvindo atentamente uma conversa telefônica pelo fone de ouvido e a paciente não percebeu.

Terapia comportamental dialética

Ao contrário da terapia cognitivo-comportamental, baseada na ideia de que o pensamento ou crenças irracionais servem de base para as respostas emocionais e comportamentais do paciente em determinados eventos ou situações, a terapia comportamental dialética (TCD) assume a percepção do paciente de que suas experiências são geralmente precisas e que as percepções errôneas não desempenham um papel importante no desenvolvimento ou no prolongamento da dor emocional (Marra, 2005). A TCD enfatiza as emoções como o fator causal no desenvolvimento da psicopatologia, observando que as tentativas do paciente de evitar ou fugir de suas emoções, muitas vezes,

paradoxalmente, resultam na intensificação dos seus efeitos. Em contraste, afirma a TCD, a aceitação da dor resultará em sua diminuição. Os exercícios da TCD são fornecidos para auxiliar o paciente no desenvolvimento da atenção plena, eficácia interpessoal, regulação das emoções e da tolerância à angústia (McKay, Wood Brantley, 2007). As metáforas muitas vezes podem ser usadas em conjunto com tais exercícios.

Considere o seguinte exemplo. O paciente pode ficar muito aborrecido por causa de uma situação difícil ou indesejável. Ao invés de ficar cada vez mais irritado - o que pode resultar em um aumento da dor emocional (Greenwood, Thuston, Rumbie, Waters et Keefe, 2003) -, os terapeutas que utilizam a TCD podem aconselhar seus pacientes a desenvolverem uma "aceitação radical", isto é, admitir a situação tal como ela se apresenta, sem julgamento de si mesmo ou da própria situação (McKay et al., 2007). Desta forma, o paciente entenderá melhor os detalhes da situação e as diferentes abordagens que podem ser utilizadas para responder a ela. Os pacientes são instruídos a formular "as declarações de aceitação radical de enfrentamento" para facilitar este processo de aceitação (McKay et al., 2007).

Uma declaração de aceitação radical de enfrentamento é "Lutar contra o passado torna-me cego para o meu presente" (McKay et al., 2007, p. 11). A metáfora da bicicleta pode ser utilizada em conjunto com esta declaração de aceitação radical de enfrentamento para ajudar os pacientes a explorarem suas lutas contra o passado e como elas os impedem que vejam onde estão atualmente em sua bicicleta. Uma metáfora alternativa que poderia ser usada é a das persianas ou cortinas: O que está obscurecendo a visão do paciente? Qual a cor/textura/largura das persianas/cortinas? Como elas podem ser abertas? Elas devem ser abertas gradualmente ou de uma só vez? O que acontecerá se/quando elas se abrirem? Quem deve abri-las?

A terapia comportamental dialética também ensina as pessoas a se desviarem da dor, concentrando-se em outra pessoa (McKay et al., 2007). Este exercício pode ser combinado com a metáfora da sopa de pedra para identificar, com o paciente, as qualidades e habilidades que ele possui e podem ser utilizadas no processo de fazer algo para alguém.

Terapia narrativa

Não raro, as histórias que as pessoas contam sobre si mesmas são vazias, refletindo a ideia de que perderam sua função na vida. O uso da terapia

narrativa possibilita ao paciente identificar histórias alternativas que reflitam sua função ou capacidade. Esta reformulação é conhecida como reposicionamento ou recuperação da voz do paciente e tal abordagem pode ser comparada com a conscientização (Drewery & Winslade, 1997). O terapeuta tem o desafio de fazer uma escuta ativa, a fim de identificar histórias conflitantes e significados ocultos ("desconstrução"), que podem então ser utilizados pelo paciente para identificar pressupostos e interpretações divergentes.

A terapia narrativa também faz uso de conversações exteriorizadas para mover a discussão para longe do "problema" do paciente, e consequentemente da culpa, julgamento e recriminações associadas a ele, e focar, em vez disso, na exploração das várias dimensões da situação do paciente (Monk, 1997). Esta abordagem reconhece que diferentes "histórias são possíveis, até mesmo sobre os mesmos eventos. Como falamos sobre isso, depende de nosso ponto de partida, e como explicamos o que nos acontece, depende das perguntas que fazemos" (Drewery Et Winslade, 1997, p. 40).

Como indicado anteriormente, os pacientes, muitas vezes, utilizam metáforas que derivam de suas próprias experiências ao exteriorizar os seus problemas ou da relação com a história (White, 2007). No entanto, o terapeuta também pode utilizar metáforas para ajudar os pacientes no processo de reformulação de sua história. Como exemplo, a metáfora do elefante e os cegos pode ser usada como veículo para explicar a base da terapia narrativa, isto é, a ideia de que a mesma história pode variar dependendo do ponto de partida.

Direções Futuras

Questões importantes ainda precisam ser respondidas.

Com quais pacientes o uso de metáfora é mais aceitável, mais eficaz? A utilização da metáfora tem maior chance de ser eficaz com pacientes com determinados diagnósticos? Com os que tiverem heranças culturais ou religiosas que utilizam narrativas ou metáforas como forma de ensino?

Meu trabalho com a metáfora tem sido exclusivamente com os adultos, a partir dos 18 anos. Embora o uso clínico de histórias e metáforas com as crianças tenha sido examinado na literatura (Constantino, Malgady Et Roger, 1986; Gardner, 1993; Malgady, Roger Et Constantino, 1990), relativamente

pouca investigação sobre a eficácia e a efetividade desta abordagem foi rigorosamente avaliada com jovens e adolescentes.

Existe alguma abordagem terapêutica, em especial, que seja mais propícia à integração da metáfora e mais provável de alcançar um resultado positivo? Tem sido sugerido que a mudança, em todas as formas de psicoterapia, requer uma boa aliança entre o paciente e o terapeuta (Bordin, 1979), o que depende do grau de concordância com relação às tarefas e aos objetivos da terapia e da qualidade do vínculo relacionai entre eles. Estes três componentes - as tarefas, as metas e o vínculo - influenciam e informam-se mutuamente. Como já foi dito,

o efeito real de qualquer intervenção especial com o paciente é sempre determinado pelo paciente, não pelo terapeuta. As intenções e consequentes ações do terapeuta apenas provocam uma resposta; nunca a determinam (Tomm, 1987, pp. 4-5) (ênfase no original).

Independentemente da modalidade terapêutica utilizada, é a qualidade da aliança terapêutica que está mais fortemente associada ao resultado da psicoterapia (Gelso et Cártter, 1994; Horvath et Symonds, 2001). Será verdade que a aliança terapêutica também é o fator mais determinante no resultado ao se usar a metáfora?

Posfácio

Muitos homens e mulheres mencionados neste livro, com quem trabalhei individualmente, entram em contato periodicamente para me contar seus progressos. Alguns continuam se encontrando comigo para aconselhamento individual, embora não tão frequentemente quanto antes. Alguns desses indivíduos têm feito avanços significativos quanto às suas doenças e atitudes diante das dificuldades da vida, enquanto outros não. Como se vê, da mesma forma que qualquer outra modalidade terapêutica, o uso da metáfora não é uma panaceia. Mas para algumas pessoas, no entanto, proporciona um novo caminho para suas jornadas.

José atualmente está trabalhando em uma grande empresa da cidade em que reside. Continua tomando seus medicamentos regularmente. Está se tornando cada vez mais saudável, tanto mental quanto fisicamente. Em consequência disso, seus irmãos tornaram-se mais hostis em relação a ele, o que o levou a reconhecer o alto nível de disfunção que existe em sua família de origem. Deixou de ver seus irmãos por causa das reações que eles têm e da relutância em conceder-lhe a independência, apesar da estabilidade de sua saúde mental e do alto nível de responsabilidade que vem demonstrando. Tem ampliado sua rede de relacionamentos com pessoas que lhe dão apoio e agem em diferentes níveis emocionais. Ele está financeiramente seguro e continua otimista, embora um pouco apreensivo com o seu futuro.

João parou de tomar a medicação alguns meses antes da conclusão deste livro, reclamando que o fazia se sentir "vazio". Recusou-se a considerar outros medicamentos. Tem experimentado breves períodos de depressão c crescente dificuldade de concentração. Está conseguindo manter o emprego e continua na faculdade. No entanto, seu aproveitamento é fraco por conta das frequentes ausências nas aulas. Continua morando com sua avó e tem se esforçado para entender os motivos de seu tio para ter abusado sexualmente dele. Tem conseguido se abrir mais com os amigos, o que lhe dá certo alívio, segundo suas palavras.

Margarete continuou se recusando a reconhecer a doença e procurar tratamento, culminando em mais uma tentativa de suicídio. Após um período bastante longo de internação, ela começou a aceitar a medicação e a terapia. Embora esteja disposta a se aventurar com mais frequência fora de seu ambiente familiar, continua acreditando que sua insatisfação com a vida e as pessoas ao seu redor decorre da hostilidade dos outros em relação a ela e às tentativas deles de minar seus esforços e causar o seu fracasso.

Douglas foi demitido recentemente do emprego por insubordinação e violação da política da empresa. Ele reconhece que se tem relacionado de maneira similar com cada empregador onde já trabalhou, mas nega ter tomado parte nos eventos dos quais é acusado. Em vez disso, atribui suas dificuldades relacionadas ao trabalho e repetidos confrontos com supervisores à "idiotice" deles. Não quer examinar suas questões latentes que projeta na convivência com alguém que detém a autoridade.

Jorge parece ter parado de ser cortar. Está cursando uma faculdade particular e vai indo muito bem, academicamente.

Cátia continua negando que tem transtorno bipolar e se recusa a buscar ajuda, apesar de todo o esforço de seus familiares que tentam convencê-la a fazer tratamento. Ela perdeu o emprego por causa de sua crescente agressividade e comportamento ameaçador.

Tamara terminou seu relacionamento amoroso porque não conseguia controlar seu comportamento "pegajoso". Tamara não se restringiu ao orçamento que haviam desenvolvido e, como resultado, foi condenada a vários dias na prisão por não pagara multa. Atualmente, está procurando emprego.

Léo mudou-se para uma cidade maior e tem um bom emprego como conselheiro para jovens. Terminou a faculdade e está querendo fazer pós-graduação. Tem tido sucesso com diversas peças que escreveu e que foram publicadas.

Agradecimentos

Este livro não seria possível sem o privilégio dos testemunhos de meus pacientes em suas jornadas em direção a si mesmos. Os indivíduos aqui mencionados representam pacientes com problemas reais, embora os nomes, lugares, idades e ocupações tenham sido mudados para preservar-lhes a privacidade. Minha participação na vida deles permitiu que eu aprendesse muito sobre mim mesma, sobre eles e sobre como servir como testemunha e guia no processo terapêutico.

Algumas pessoas fizeram uma primeira revisão, gratuitamente, de alguns ou de todos os capítulos e me ajudaram com seus insights. Dentre elas, as principais são Jerry Willing, Richard Romaniuk e Victor Groza. Zane Jennings merece um agradecimento especial pela cuidadosa leitura e crítica e por seus insights em meu processo do trabalho com metáfora. Agradeço muito a Zane Jennings e Kathy Overmeier-Gant pela supervisão aberta e flexível que me deram durante minha formação na área de Serviço Social e no uso das metáforas com pacientes. Alguns pacientes também revisaram e comentaram suas participações no texto e, embora prefiram se manter anônimos, também merecem reconhecimento. Agradeço ainda a Sylvia Rimm e Pierre Lehu, que me encorajaram a escrever este livro. Finalmente, dedico este livro a Gussie Zand e Ruth Fogelman, por terem me contado suas histórias e por contarem histórias que me mostraram o valor da metáfora.

Referências

INTRODUÇÃO

- American Heritage Dictionary of the English Language*. (2000). 4. ed. Boston: Houghton Mifflin Company.
- BLEEFELD, B. R.; SHOOK, R. L. (1998). *Saving the world entire and 100 other beloved parables from the Talmud*. New York: Penguin Putnam.
- DENNING, S. (2005). *The leader's guide to storytelling: mastering the art and discipline of business narrative*. San Francisco: Jossey-Bass.
- FREEDMAN, J.; COMBS, G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. New York: W.W. Norton Et Company.
- HERZOG, W. R. II. (1994). *Parables as subversive speech: Jesus as pedagogue of the oppressed*. Louisville: Westminster/John Knox.
- KIERKEGAARD, S. (1950). *The point of view*. London: Oxford University Press.
- MAGUIRE, J. (1985). *Creative storytelling: choosing, inventing, and sharing tales for children*. New York: McGraw-Hill.
- STEIN, R. H. (1994). *The method and message of Jesus' teachings*. Louisville: Westminster/John Knox.
- Sugestões para aprofundamento da Leitura*
- BANDLER, R.; GRINDER, J. (1975). *The structure of magic I: a book about language and therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- . (1976). *The structure of magic II*. Palo Alto; Science and Behavior Books.
- COLLINS, R.; COOPER, P. J. (1997). *The power of storytelling: teaching through storytelling*. 2. ed. Long Grove: Waveland Press.
- ZIPES, J. (1995). *Creative storytelling: building community, changing lives*. New York: Routledge.

Cap 1

- ANTONUCCI, I C.; JACKSON, J. (1983). *Physical health and self-esteem*. *Family and Community Health*, 6, pp. 1-9.
- ATCHLEY, R. (1982). *The aging self*. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, pp. 388-396.
- BICKER, H. S. (1963). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.
- HILK, L. (1991). *Child development* 2. ed. Boston: Allyn & Bacon.
- ITALIANO, J. P.; HEREK, G. M. (1999). *AIDS-related stigma and attitudes toward injecting drug users among black and white Americans*. *American Behavioral Scientist*, 42[7], pp. 1148-1161.
- CAHRHY, N. (2007). *Practicing psychiatry through a narrative lens; working with children, youth, and families*. In: BROWN, C.; AUGUSTA-SCOTT, T. (eds.). *Narrative therapy*:

- making meaning, making lives* Thousand Oaks: Sage Publications, pp. 77-101.
- CHIESNEY, M. A. (1999). Critical delays in HIV testing and care: the potential role of stigma. *American Behavioral Scientist*, 42, pp. 1162-1174.
- COOLEY, C. (1902). *Human nature and the social order*. New York; Scribner.
- COOPERSMITH, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- COWLEY, Q.; SPRINGEN, K. (1995). Rewriting life stories. *Newsweek*, April 17, pp. 70-74.
- DEMO, D. H.; SMALL, S. A.; SAVIN-WILLIAMS, R. C. (1987). Family relations and the self-esteem of adolescents and their parents. *Journal of Marriage and the Family*, 49, pp. 705-715.
- DINOS, S.; STEVENS, S.; SEREATY, M.; WEIGH, S.; KING, M. (2001). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 184, pp. 178-191.
- FREEDMAN, J.; COMBS, G. (1993). Invitations to new stories: using questions to explore alternative possibilities. In: GILLIGAN, S.; PRICE, R. (eds.). *Therapeutic conversations*. New York: W.W. Norton Et Company, pp. 291-303
- GOFFMAN, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Touchstone.
- GREENBERG, J.; PYSZCZYNSKI, I; SOLOMON, S.; PINEL, E.; SIMON, L; JORDAN, K. (1993). Effects of self-esteem on vulnerability-denying defensive distortions: further evidence of an anxiety-buffering function of self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, pp. 229-231.
- GREENBERG, J.; SOLOMON, S.; PYSZCZYNSKI, I; ROSENBLATT, A.; BURLING, J.; LYON, D. et al. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves as an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, pp. 913-922.
- GREENWALD, A. (1988). A social-cognitive account of the self's development, in; LAPSLEY, D. K.; POWERS, F. C. (eds.). *Self, ego, and identity, integrative approaches*. New York: Springer-Verlag. pp. 30-42
- HARTER, S. (1988). The construction and conversation of the self: James and Cooley revisited. In; LAPSLEY, D. K.; POWER, F. C. (eds.). *Self, ego, and identity: integrative approaches*. New York: Springer-Verlag. pp.43-70.
- HEREK, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7), pp. 1106-1116.
- HEREK, G. M.; CAPITANO, J. P. (1999). AIDS stigma and sexual prejudice. *American Behavioral Scientist*, 42(7), pp. 1130-1147.
- JAMES, W. (1968). In: GORDON, C.; GERGEN, K. J. (eds.). *The self in social interaction*. New York: Wiley. (Adapted from *Psychology*, by W. James [1892]. New York: Henry Holt.)
- JONES, E. E.; FARINA, A.; HASTORF, A.; MARKUS, H.; MILLAR, D. S.; SCOTLAND, H. A. (1984). *Social stigma: The psychology of market relationships*. New York: W H. Freeman.
- KITSUSE, J. L. (1962). Societal reaction to deviant behavior; problems of theory and method. *Social Problems*, 9, pp. 247-256.
- KRUGLANSKI, A. W.; WEBSTER, D. M. (1996). Motivated closing of the mind: "seizing" and "freezing." *Psychological Review*, 103(2), pp. 263-283.

- LABOUVIE-VIEF, G.; CFIIODO, L A.; DIEFIL, M.; ORWOLL, L. (1995). *Representations of self across the life span*. *Psychology and Aging*, 10(3), pp. 404-415.
- LAING, R. D. (1960). *The divided self, an existential study in sanity and madness*. Harmondsworth: Penguin.
- . (1961). *Self and others*. Harmondsworth: Penguin.
- LAUNER, J. (1999). *A narrative approach to mental health in general practice*. *British Medical Journal*, 318, pp. 117-119.
- LINK, B. G.; STRUENING, E. I.; CULLEN, F. 1; SHROUT, P. E.; DOHRENWEND, B. P. (1989). *A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment*. *American Sociological Review*, 54(3), pp. 400-423.
- LINK, B. G.; STRUENING, E. L; NEESE-TODD, S.; ASMUSSEN, S.; PHELAN, J. C. (2001). *The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness*. *Psychiatric Services*, 52(12), pp. 1621-1626.
- LINK, B. G.; STRUENING, E. L; RAHAV, M.; PHELAN, J. C; NUTTBROCK, L. (1997). *On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse*. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, pp. 177-190.
- MACINTYRE, A. (1981). *After virtue: a study in moral theory*. London: Duckworth.
- MARKUS, H.; NURIUS, P. (1986). *Possible selves*. *American Psychologist*, 41, pp. 954-969.
- MEAD, G. H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2001). *Mental health problems: the undefined and hidden burden*. (Fact Sheet n. 218). Retrieved August 8, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs218/eng/print.html>>.
- PYSZCZYNSKI, T; GREENBERG, J.; SOLOMON, S.; ARNDT, J.; SCHIMEL, J. (2004). *Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review*. *Psychological Bulletin*, 130, 435-468.
- REIDPATH, D. D.; CHAN, K. Y. (2005). *A method for the quantitative analysis of the layering of HIV-related stigma*. *AIDS Care*, 17(4), pp. 425-432.
- REISS, D. (1985). *Commentary: The social construction of reality - The passion within us all*. *Family Process*, 24, pp. 254-257.
- ROBERTS, K. J. (2005). *Barriers to antiretroviral medication adherence in young HIV-infected children*. *Youth Ft Society*, 37(2), pp. 230-245.
- ROSENBERG, M. (1979). *Conceiving the self* New York: Basic Books.
- KOSS, C. E.; BROH, B. A. (2000). *The roles of self-esteem and the sense of personal control in the academic achievement process*. *Sociology of Education*, 73, pp. 270-284.
- RUSSELL, G. M. (2007). *Internalized homophobia: lessons from the Mobius strip*. In: BROWN, C.; AUQUSTA-SCOTT, T. (eds.). *Narrative therapy: making meaning, making lives*. Thousand Oaks: Sage Publications, pp. 15-173.
- SCHEFF, T. J. (1984). *Being mentally ill: a sociological theory*. 2. ed. New York: Aldine de Gruyter.
- SCFIWALBE, M. L; STAPLES, C. L. (1991). *Gender differences in sources of self- -esteem*. *Psychology Quarterly*, 54, pp. 158-168.

- SEELIG, B. J.; ROSOF, S. R. (2001). Normal and pathologic altruism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, pp. 933-959.
- SIMON, L. (2002). *Detour: my bipolar road trip in 4-D*. New York: Atria Books.
- SINGER, D. G.; REVENSON, T. A. *A Piaget primer: How a child thinks* (rev. ed.). New York: Penguin Books.
- STANGOR, C.; RUBLE, D. N. (1989). Strength of expectancies and memory for social information: What we remember depends on how much we know. *Journal of Experimental Social Psychology*, 25, pp. 18-35.
- WFLITE, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton & Company.
- Sugestões para aprofundamento da leitura
- COHLER, B. J.; GALATZER-LEVY, R. M. (2000). *The course of gay and lesbian lives: social and psychoanalytic perspectives*. Chicago: University of Chicago Press.
- GARNETS, L. D.; KIMMEL, D. C. (eds.). *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences*. (2nd ed.). New York: Columbia University Press.
- GREENAN, D. E.; TUNNEL, G. (2003). *Couple therapy with gay men*. New York: Guilford Press.
- ISLAND, D.; LETELLIER, P. (1994). *Men who beat the men who love them: battered gay men and domestic violence*. New York: Harrington Park Press.
- NASAR, S. (1998). *A beautiful mind*. New York: Touchstone.
- PANTELIS, C.; NELSON, H. E.; BARNES, T. R. E. (eds.). (1996). *Schizophrenia: a neuropsychological perspective*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Cap 2
- ASSOCIAÇÃO Americana de Psiquiatria. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association.
- BERGER, D.; BERGER, L. (1991). *We heard the angels of madness: a family guide to coping with manic depression*. New York: William Morrow.
- BREMNER, D.; RANDALL, P.; SCOH, M.; BRONEN, R. A.; SEIBYL, J. P.; SOUTHWICKS, S. M. et al. (1995). MRI-based measures of hippocampal volume in patients with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 973-981.
- ELLIOT, I.; GODSHALL, F.; SHROUT, J.; WITTY, T. (1990). Problem solving appraisal, self-reported study habits, and performance of academically at-risk college students. *Journal of Counseling Psychology*, 37, pp. 203-207.
- ERIKSON, E. (ed.). (1964). *Insight and responsibility*. New York: W. W. Norton & Company.
- . (1968). *Youth and crisis*. New York: W. W. Norton & Company.
- . (1997). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton & Company.
- GAA, J. (1979). The effect of individual goal setting conferences on academic achievement and modification of locus of control orientation. *Psychology in the Schools*, 16, pp. 591-598.
- GRANVOLD, D. K. (1997). Cognitive-behavioral therapy with adults, in: BRANDELL, J. R. (ed.), *Theory and practice in clinical social work*. New York: Free Press, pp. 164-201.
- HAY, I.; BYRNE, M.; BUTLER, C. (2000). Evaluation of a conflict-resolution and problem-solving programme to enhance adolescents' self-concept. *British Journal of Guidance and Counseling*, 28, pp. 101-113.

- HEPPNER, P; REEDER, L; LARSON, L. (1983). *Cognitive variables associated with personal problem-solving appraisal: implications for counseling*. *Journal of Counseling Psychology*, 30, pp. 537-545.
- HICKS, D. (2000). *The importance of specialized treatment programs for lesbians and gay patients*. In: GUSS, J. R.; DRESCHER, J. (eds.). *Addictions in the gay and lesbian community*. New York: Haworth Medical Press, pp. 81-94.
- IRWIN, C. (1998). *Conquering the beast within: how I fought depression and won, and how you can, too*. New York: Random House.
- KOLK, B. A. van der (1989). *The compulsion to repeat the trauma*. *Psychiatric Clinics (North America)*, 12, pp. 389-411.
- . (1996a). *The body keeps score: approaches to the psychobiology of [lost]traumatic stress disorder*. In: KOLK, B. A. van der; MCFARLANE, A. C.; WEISAETH, L. (eds.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press, pp. 214-241.
- . (1996b). *The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development*. In: KOLK, B. A. van der; MCFARLANE, A. C.; WEISAETH, L. (eds.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press, pp. 182-213.
- McKIRNAN, D. J.; PETERSON, P. L. (1989). *Psychosocial and cultural issues in alcohol and drug abuse: an analysis of a homosexual community*. *Addiction Behaviors*, 14(5), pp. 555-563.
- MILLER, D.; KELLEY, M. (1994). *The use of goal setting and contingency contracting for improving children's homework performance*. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 27, pp. 73-84.
- NIGRO, G. (1996). *Coping strategies and anxiety in Italian adolescents*. *Psychological Reports*, 79, pp. 835-839.
- PERRY, C. L; JESSOR, R. (1985). *The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse*. *Health Education Quarterly*, 12, pp. 169-184.
- PERRY, J. C; HERMAN, J. L; KOLK, B. A. van der; HOKE, L. A. (1990). *Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder*. *Psychiatric Annals*, 20, pp. 33-43.
- SAXE, G. N.; VASILE, R. G.; HILL, T. C.; BLOOMINGDALE, K.; KOLK, B. A. van der (1992). *SPECT imaging and multiple personality disorder*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, pp. 662-663.
- SHAKESPEARE, W. (2006). *As you like it* (DUSINBERRE, J., ed.) London: Thomson Learning.
- TRAMMEL, D.; SCHLOSS, P. C. (1994). *Using self-recording, evaluation, and graphing to increase completion of homework assignments*. *Journal of Learning Disabilities*, 7, pp. 75-82.
- Sugestões para aprofundamento da Leitura
- BARR, A. (1999). *Drink: a social history of America*. New York: Carroll Ft Graf Publishers Inc.
- GORDON, R. A. (2000). *Eating disorders: anatomy of a social epidemic*. 2. ed. Malden: Blackwell Publishers Ltd.

HEATHER, N.; ROBERTSON, I. (2000). *Problem drinking*. 3. ed. New York: Oxford University Press.

HOLDEN, G. W.; GEFFNER, R.; JOURILES, E. N. (eds.) (1998). *Children's experience in marital violence: theory, research, and applied issues*. Washington: American Psychological Association.

THORNE-FINCH, R. (1992). *Ending the silence. The origins and treatment of domestic violence against women*. Toronto: University of Toronto Press.

WALSH, B. W.; ROSEN, P. M. (1988). *Self-mutilation: theory, research, treatment*. New York: Guilford Press.

Cap 3

AESOP. (1947). *Aesop's fables*. New York: Grosset & Dunlap.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. ed. rev. Washington: American Psychiatric Association.

ANDREWS, G.; CREAMER, M.; CRINO, R.; HUNT, C.; TAMPE, L.; PAGE, A. (1994). *The treatment of anxiety disorders: clinician's guide and patient manuals*, Cambridge: Cambridge University Press.

ASHCRAFT, M. (1989). *Human memory and cognition*. Graw/Hill. Scott, Foresman.

BAUER, M. S. (2002). *Psychological interventions for bipolar disorder: a review*. In: MAJ, M.; AKISKAL, H. S.; LOPEZ-IBOR, J. J.; SARTORIUS, N. (eds.). *Bipolar disorder*. New York: John Wiley & Sons. pp. 281-313.

BECK, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

BOWDEN, C. L.; KUSUMAKAR, V.; MACMASTER, F. P.; YATHAM, L. N. (2002). *Diagnosis and treatment of hypomania and mania*. In: YATHAM, L. N.; KUSUMAKAR, V.; KUTCHER, S. P. (eds.). *Bipolar disorder: a clinician's guide to biological treatments*. New York: Brunner-Routledge. pp. 1-16.

CLARK, C. R.; BECK, A. T. (1989). *Cognitive theory and therapy of anxiety and depression*. In: KENDALL, P. C.; WATSON, D. (eds.). *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features*. San Diego: Academic Press, pp. 379-411.

COLES, M. E.; TURK, C. L.; HEIMBERG, R. G.; FRESCO, D. M. (2001). *Effects of varying levels of anxiety within social situations: relationship to memory perspective and attributions in social phobia*. *Behaviour Research and Therapy*, 39, pp. 651- 665.

CORNELL, J. (2006). *Mandala: luminous symbols for healing*. Wheaton: Theosophical Publishing House & Quest Books.

DUKE, P.; HOCKMAN, G. (1992). *A brilliant madness: living with manic-depressive illness*. New York: Bantam Books.

HUMAN, K. S.; MALBERG, J.; NAKAGAWA, S.; D'SA, C. (2000). *Neural plasticity and survival in mood disorders*. *Biological Psychiatry*, 48, pp. 732-739.

LYMCK, M. W. (1991). *Cognitive factors in clinical anxiety: potential relevance to therapy*. In: BRILEY, M.; FILE, S. E. (eds.). *New concepts in anxiety*. Boca Raton: Macmillan, pp. 418-433.

LINK, M. (1999). *Electroshock, restoring the mind*. New York: Oxford University Press.

- I OX, E. (1993). *Attentional bias in anxiety: selective or not?* *Behaviour Research and Therapy*, 31, pp. 487-493.
- I RANKEL, B. L. (2001). "Chest pain" in patients with anxiety disorders. In: HURST, J. W.; MORRIS, D. C. (eds.). *Chest pain*. Armonk: Futura Publishing Company, pp. 415-428.
- FUJITA, M.; CHARNEY, D. S.; INNIS, R. B. (2000). *Imaging serotonergic neurotransmission in depression: hippocampal pathophysiology may mirror global brain alterations*. *Biological Psychiatry*, 48, pp. 801-812.
- FOSTER, J. M. (1989). *The prefrontal cortex*. New York: Raven Press.
- GILBERT, C. (2002). *Interaction of psychological and emotional effects with breathing dysfunction*. In: CHAITOW, L; BRADLEY, D.; GILBERT, C. (eds.). *Multidisciplinary approaches to breathing pattern disorders*. London: Harcourt Publishers, pp. 111-129.
- HALL, C. S.; LINDZEY, G. (1957). *Theories of personality*. New York: John Wiley. (Ed. bras.: *Teorias da personalidade*. Sao Paulo: EPU, 1973.)
- HEILMAN, K. M.; WATSON, R. T; VALENSTEIN, E.; GOLDBERG, M. E. (1987). *Attention: behavioral and neural mechanisms*. In: MOUNTCASTLE, V. B. (ed.). *Handbook of physiology*. Section 1. *The nervous system*. Bethesda: American Physiological Society, pp. 461-481.
- HEURTIN-ROBERTS, S.; SNOWDEN, L; MILLER, L. (1997). *Expressions of anxiety in African-Americans: ethnography and the Epidemiological Catchment Area Studies*. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 21, pp. 337-363.
- HOEHN-SARIC, R.; MCLEOD, D. R. (1993). *Somatic manifestations of normal and pathological anxiety*. In: HOEHN-SARIC, R.; McLEOD, D. R. (eds.). *Biology of anxiety disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing, pp. 177-222.
- INGRAM, R. E.; KENDALL, P. C. (1987). *The cognitive side of anxiety*. *Cognitive Therapy Research*, 11, pp. 523-536.
- MATHEWS, A.; McLEOD, C. (1994). *Cognitive approaches to emotion and emotional disorders*. *Annual Review of Psychology*, 45, pp. 25-50.
- MATHEWS, A. M.; MAY, J.; MOGG, K.; EYSENCK, M. (1990). *Attentional bias in anxiety: selective search or defective filtering*. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, pp. 166-173.
- MAY, R. (1977). *The meaning of anxiety* [rev. ed.]. New York: W.W.Norton Et Company.
- McLEOD, D. R.; HOEHN-SARIC, R. (1993). *Perception of physiological changes in normal and pathological anxiety*. In: HOEHN-SARIC, R.; McLEOD, D. R. (eds.). *Biology of anxiety disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing, pp. 223-244. ■
- MILES, C. P. (1997). *Conditions predisposing to suicide: a review*. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 164, pp. 231-246.
- MOWRER, O. H. (1951). *Two-factor learning theory: summary and conclusion*. *Psychology Review*, 58, pp. 350-354.
- MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. (eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- POHL, R.; GERSHON, S. (eds.) (1990). *The biological basis of psychiatric treatment*. In: *Progress in basic pharmacology*. Basel: Karger. pp. 1-33.
- ROEMER, L.; ORSILLO, S. M. (2005). *An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder*. In: ORSILLO, S. M.; ROEMER, L. (eds.). *Acceptance and*

mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment. New York: Springer, pp. 213-240.

SCHWARTZ, A.; SCHWARTZ, R. M. (1993). *Depression: theories and treatments*.

Psychological, biological and social perspectives. New York: Columbia University Press.

SHAKESPEARE, W. (1992). *The merchant of Venice* (MOWAT, B. A.; WERSTINE, P. [eds.]).

New York: Washington Square Press.

TUCCI, G. (2001). *The theory and practice of the mandola*. Mineóla: Dover Publications.

WELLS, A.; PAPAGEORGIOU, C. (1998). *Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking*. *Behavior Therapy*, 29, pp. 357-370.

YATHAM, L. N.; KUSUMAKAR, V.; KUTCHER, S. P. (2002). *Bipolar disorder: a clinician's guide to biological treatments*. New York: Brunner-Routledge. pp. 1-16.

Sugestões para aprofundamento da Leitura

BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

CAPPS, L.; OCHS, E. (1995). *Constructing panic: the discourse of agoraphobia*.

Cambridge: Harvard University Press.

DOZIER JR., R. W. (1998). *Fear itself* New York: St. Martin's Press.

MADDUX, J. E. (Ed.). (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory research, and application*. New York: Plenum.

Ü

Ü

Cap 4

BUNT, L. (1988). *Music therapy: an introduction*. *Psychology of Music*, 16(1), 1-11.

EMOTO, M. (2006). *Water crystal healing: music and images to restore your well-being* New York: Atria Books.

FAGAN, J.; BROWNE, A. (1994). *Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships*. In: REISS JR. A. J.; ROTH, J. A. (eds.). *Understanding and preventing violence. Volume 3, Social influences*. Washington: National Academy Press.

GOLD, C.; HELDAL, T. O.; DAHLE, T.; WIGRAM, T. (2005). *Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illness*. *Cochrane Database System Review* 2, CD004025.

GOSNELL, M. (2005). *Ice: the nature, the history, and the uses of an astonishing substance*. Chicago: University of Chicago Press.

HAGERTY, M. R. (1999). *Testing Maslow's hierarchy of needs: national quality-of-life across time*. *Social Indicators Research*, 46(3), pp. 249-271.

HARPER, F. D.; BRUCE-SANDORD, G. C. (1989). *Counseling techniques: an outline and overview*. Alexandria: Douglass Publishers.

HAYASHI, N.; TANABE, Y.; NAKAGAWA, S.; NOGUCHI, M.; IWATA, C.; KOUBUCHI, Y. et al, (2002). *Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses: a controlled study*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, pp. 187-193.

- LIBBRECHT, K. (2003). *The snowflake: winter's secret beauty*. St. Paul: Voyageur Press.
- . (2005). *The physics of snow crystal*. *Reports on Progress In Physics*, 68, pp. 855-895.
- . (2006). *Ken Libbrecht's field guide to snowflakes*. St. Paul: Voyageur Press.
- MASLOW, A. H. (1959). *Creativity in self-actualizing people*. In: ANDERSON, H. H. (ed.). *Creativity and its cultivation*. New York: Harper Et Row. pp. 83-95.
- . (1970). *Motivation and personality*. 2. ed. New York: Harper Et Row.
- NEHER, A. (1991). *Maslow's theory of motivation: a critique*. *Journal of Humanistic Psychology*, 31, pp. 89-112.
- POLANSKY, N. A. (1982). *Integrated ego psychology*. New York: Aldine.
- ROACH, J. (2007). "No two snowflakes the same" likely true, research reveals. *National Geographic News*. Disponível em: <http://nationalgeographic.com/news/2007/02/070213-snowflake_2.html>. Acesso em 15/10/2007.
- SEINER, S. H.; GELFAND, D. M. (1995). *Effects of mothers' simulated withdrawal and depressed affect on mother-toddler interactions*. *Child Development*, 66, [i]. 1519-1528.
- SHAKESPEARE, W. (1992). *Hamlet*. (HOY, C. [ed.]). New York: W. W. Norton Company.
- MI-GEL, D. (1983). *Where heaven and earth touch: an anthology of Midrash and Halacha*. Spring Valley: Town House Press.
- SOLANTAUS-SIMULA, I.; PUNAMAKI, R. L.; BEARDLEE, W. (2002). *Children's responses to low parental mood*. *Journal of the American Academy of Child Et Adolescent Psychiatry*, 41(3), pp. 1519-1528.
- SPITZ, R. (1945). *Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, pp. 53-74.
- . (1946). *Hospitalism: a follow-up report*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, pp. 113-117.
- TAWAR, N.; CRAWFORD, M. J.; MARATOS, A.; NUR, U.; MCDERMOH, O.; PROCTER, S. (2006). *Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomized controlled trial*. *British Journal of Psychiatry*, 189, pp. 405-409.
- TANG, W.; YAO, X.; ZHENG, Z. (1994). *Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: a one-month randomized controlled trial in Shanghai*. *British Journal of Psychiatry*, Suppl. 24, pp. 38-44.
- TAUT, M. H. (1990). *Neuropsychological process in music perception and their relevance in music therapy*. In: UNKEFER, R. F. (ed.). *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders*. New York: Schirmer Books, pp. 3-32.
- VENTEGODT, S.; MERRICK, J.; ANDERSEN, N. J. (2003). *Quality of life theory III. Maslow revisited*. *The Scientific World Journal*, 3, pp. 1050-1057.
- Sugestões para aprofundamento da leitura*
- BUCHALTER, S. I. [2004]. *A practical art therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- GAWAIN, S. (2002). *Meditations: creative visualization and meditation exercises to enrich your life*. Novato: Nataraj Publishing.
- KABAT-ZINN, J. (1994). *Wherever you go there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

- MALCHIODI, C. A. (2002). *The soul's palette: drawing on art's transformative powers*. Boston: Shambala Publications.
- SIMMONS, L. L. (2006). *Interactive art therapy: "no talent required" projects*. Binghamton: Haworth Press.
- Cap 5
- BARNETT, R. C. (1999). A new work-life model for the twenty first century. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 562, pp. 143-158.
- BARNETT, R. C.; MARSEIALL, N. L.; SINGER, J. D. (1992). Job experiences over time, multiple roles, and women's mental health: a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, pp. 634-644.
- SAINT-EXUPÉRY, A. de. (2002). *A guide for grown-ups: essential wisdom from the collected works of Antoine de Saint-Exupéry*. San Diego: Harcourt.
- ELGOOD, H. (1999). *Hinduism and the religious arts*. London: Cassell.
- HALL, J. (1979). *Dictionary of subjects and symbols in art*. Boulder: Westview Press.
- LINVILLE, P. W. (1982). Affective consequences of complexity regarding role identity and other. In: CLARK, M. S.; FISKE, S. T. (eds.). *Affect and cognition*. Hillsdale: Erlbaum. pp. 79-110.
- ROSENBERG, S. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness, and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp. 663-678.
- MEYER, W. (2007). Role loss. In: LOUE, S.; SAJATOVIC, M. (eds.). *Encyclopedia of Aging and Public Health*. New York: Springer, pp. 729-730.
- MOEN, P.; DEMPSTER-McCLAIN, D.; WILLIAMS, R. M. (1989). Social integration and longevity: An event history analysis of women's role and resilience. *American Sociological Review*, 54, pp. 636-647.
- O'NEIL, R.; GREEN BERGER, E. (1994). Patterns of commitment to work and parenting: implications for role strain. *Journal of Marriage and the Family*, 56, pp. 101-118.
- REPETTI, R. L.; MATTHEWS, K. A.; WALDRON, I. (1989). Employment and women's health: effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44, pp. 1394-1401.
- SCHARLACH, A. E. (2001). Role strain among working parents: implications for workplace and community. *Community, Work, & Family*, 4, pp. 215-230.
- SILVERSTEIN, L. B. (1991). Transforming the debates about child care and maternal employment. *American Psychologist*, 46, pp. 1025-1032.
- STEPHENS, M. A. P.; TOWNSEND, A. L. (1997). Stress of parent care: positive and negative effects of women's other roles. *Psychology and Aging*, 12(2), pp. 376-386.
- VOYDANOFF, P.; DONNELLY, B. W. (1999). Multiple roles and psychological distress: the intersection of worker, spouse, and parent roles with the role of the adult child. *Journal of Marriage and the Family*, 61, pp. 725-738.
- WALDRON, I.; WEISS, C. C.; HUGHES, M. E. (1998). Interacting effects of multiple roles on women's health. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, pp. 216-236.
- Sugestões para aprofundamento da Leitura
- COVEY, S. R. *The 7 habits of highly effective people*. New York: Simon & Schuster. (Ed. bras.: Os sete hábitos das pessoas altamente eficazes. 16. ed., rev. e atual. São Paulo: Best-Seller, 2003.)

- DISH, E. (Ed.). (2003). *Reconstructing gender: a multicultural anthology*. 3. cd. Boston: McGraw-Hill.
- FREUD, A. (1966). *The ego and mechanisms of defense*. New York: International University Press.
- KIMMEL, M. S. (2000). *The gendered society*. New York: Oxford University Press.
- MI'DKAW, P. C. (1999). *Life strategies: doing what works, doing what matters*. New York: Hiperion.
- IIIICII NHAT HANH. (2001). *Anger: wisdom for cooling the flames*. New York: Rlverhead Books.
- !!(i
- Cap 6
- CIRLOT, J. E. (2002). *A dictionary of symbols*. 2. ed. Mineóla: Dover Publications.
- ERIKSON, E. (1951). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton Et Company.
- . (1964). *Insight and responsibility*. New York: W. W. Norton Et Company
- . (1997). *The life cycle completed [extended version]*. New York: W. W. Norton Et Company.
- FALICOV, C. (1984). *Commentary: focus on stages*. *Family Process*, 23, pp. 329-334.
- HAMILTON-PARKER, C. (1999). *The hidden meaning of dreams*. New York: Sterling Publishing.
- KOTRE, J. (1984). *Outliving the self, generativity and the interpretation of lives*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- KRUGER, A. (1999). *ArtBookDürer*. London: Dorling Kindersley Publishing.
- MCCRAE, R. R.; COSTA Jr., P. T. (1990). *Personality In adulthood*. New York: Guilford Press.
- . (1997). *Personality trait structure as a human universal*. *American Psychologist*, 52, pp. 509-516.
- PECK, R. (1968). *Psychological developments in the second hald of life*. In: NEUGARTEN, B. (ed.). *Middle age and aging*. Chicago: University of Ciiieaiio Press, pp. 88-92.
- SALAMON, J. (2006). *Rambam's ladder: a meditation on generosity and why il is necessary to give*. New York: Workman Publishing.
- WIIIIAND, S. (1993). *Erik Erikson: Ages, stages, and stories*. *Generations*, 17, pp. I/-22.
- Sugestões para aprofundamento da leitura*
- I RAZER, D. W.; JONGSMA Jr., A. E. (1999). *The older adult psychotherapy treatment planner*. New York: John Wiley ft Sons.
- KNIGHT, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. Jhoasdod Oaks: Sage.
- LEHMAN, H. C. (1953). *Age and achievement* Princeton: Princeton University Press.
- LEVINSON, D. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine Books.
- MERCER, R. 1; NICHOLS, E. G.; DOYLE, G. C. (1989). *Transitions in a woman's life: major life events in developmental context*. New York: Springer.
- SIMONTON, D. K. (1990). *Creativity and wisdom in aging*. In: BIRREN, J. E.; SCHAIIE, K. W. (eds.). *Handbook of the psychology of aging*. 3. ed. San Diego: Academic Press, pp. 320-329.

Cap 7

BAUM, L. F. (1999). *The Wizard of Oz*. New York: Simon & Schuster. (Ed. bras.: *O Mágico de Oz*. São Paulo: Martin Claret, 2009.)

JUNG, C. G. (1938). *Psychology and religion*. New Haven: Yale University Press. (Ed. bras.: ROCHA, Mateus Ramalho [ed.]. *Psicologia e religião. Obras Completas de Carl Gustav Jung*, XI/1. Petrópolis: Vozes, 2011.)

. (1969). *The nature of the psyche*. Princeton: Princeton University Press. (Ed. bras.: ROCHA, Mateus Ramalho [ed.]. *A natureza da psique. Obras Completas de Carl Gustav Jung*, VIII/2. Petrópolis: Vozes, 2011.)

STAUB DE LASZLO, V. (ed.). (1993). *The basic writings of C. G. Jung*. New York: Random House.

Sugestões para aprofundamento da Leitura

ASSAQUIOLI, R. (1965). *Psychosynthesis: a collection of basic writings*. New York: Penguin Press.

BETTELHEIM, B. (1977). *The use of enchantment: the importance and meaning of fairy tales*. New York: Vintage.

CONSTANTINO, Q., MALDADY, R. G., & ROGGER, L. H. (1986). Culturally sensitive modality for Puerto Rican children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 639-645.

GARDNER, R. (1981). *Therapeutic communication with children: the natural storytelling technique*. New York: Science House.

MALGADY, R. G., ROGGER, L. H., & CONSTANTINO, G. (1990). Hero/heroine model for Puerto Rican adolescents: a preventive mental health intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, pp. 469-474.

ROWAN, J. (1993). *The transpersonal: psychotherapy and counseling*. London: Routledge Press.

Cap 8

AESOP. (1947). *Aesop's fables*. New York: Grosset & Dunlap. (Ed. bras.: DRUMMOND, R. *Fábulas de Esopo*. São Paulo: Paulus, 1997).

ALDERMAN, I.; MARSHALL, K. (1998). *Among ourselves: a self-help guide to living with dissociative identity disorder*. Oakland: New Harbinger Publications.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1999). Gold award: the wellspring of the clubhouse model for social and vocational adjustment of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 50, pp. 1473-1476.

BRANDEN, N. (1980). *The psychology of romantic love*. Los Angeles: J. P. Tarcher.

BROWN, W. M.; CONSEDINE, N. S.; MAGAI, C. (2003). Altruism relates to health in an ethnically diverse sample of older adults. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological and Social Sciences*, 60, pp. 143-152.

CLARK, R. E. (1994). Family costs associated with severe mental illness and substance use. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, pp. 808-813.

CRANDALL, J. E. (1975). A scale for social interest. *Journal of Individual Psychology*, 31, pp. 187-195.

. (1981). *Theory and measurement of social interest: empirical tests of Alfred*

Adler's concepts. New York: Columbia University Press.

CRANDALL, J. E.; LEHMAN, R. E. (1977). Relationship of stressful life events to social interest, locus of control, and psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, p. 1208.

FADDEN, G.; BEBBINGTON, P.; KNIPERS, A. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, pp. 285-292.

GRAD, J.; SAMSBURY, P. (1963). Mental illness and the family. *Lancet*, 1, pp. 5A4- 547.

HATTERS-FRIEDMAN, S.; LOUE, S. (2007). Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *Journal of Women's Health*, 16(4), pp. 471-480.

HOMERIN, T. E. (2005). Altruism in Islam. In: NEUSNER, J.; CHILTON, B. (eds.). *Altruism in world religions*. Washington: Georgetown University Press, pp. 67-87.

JOHNSON, D. L. (1990). The family's experience of living with mental illness. In: LEFLEY, H. P.; JOHNSON, D. L. (eds.). *Families as allies In the treatment of the mentally ill: new directions for mental health professionals*. Arlington: American Psychiatric Press, pp. 31-64.

KORNFELD, J. (1988). The path of compassion: spiritual practice and social acclinn. in: EPPSTEINER, F. (ed.). *The path of compassion: writings on socially engaged Buddhism*. Berkeley: Parallax Press, pp. 24-30.

KRAUSE, N.; HERZOG, A. R.; BAKER, E. (1992). Providing support to others and well being in later life. *Journal of Gerontology*, 47(5), pp. 300-311.

ILY, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: an emerging social problem. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, pp. 1063- 1070.

IIWIS, T. (2005). Altruism in classical Buddhism. In: NEUSNER, J.; CHILTON, B. (eds.). *Altruism in world religions*. Washington: Georgetown University Press, pp. 88-114.

LOUKISSA, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, pp. 248-255.

LUKS, A. (1988). Doing good: helper's high - Volunteering makes people feel good, physically and emotionally. *Psychology Today*, 22(10), pp. 39-42.

MACGREGOR, P. (1994). Grief: the unrecognized parental response to mental illness in a child. *Social Work*, 39, pp. 160-166.

MAURIN, J.; BOYD, C. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, pp. 99-107.

MEADE, C. S. (2006). Sexual risk behavior among persons dually diagnosed with severe mental illness and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, pp. 147-157.

MILLER, F.; DWORKIN, J.; WARD, M.; BARONE, D. (1990). A preliminary study of unresolved grief in families of seriously mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, pp. 1321-1325.

MILLER, M. J.; DENTON, G. O.; TOBACYK, J. (1986). Social interest and feelings of hopelessness among elderly patients. *Psychological Reports*, 58, p. 410.

MUSICK, M.; WILSON, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science Et Medicine*, 56(2), pp. 259-269.

- NEUSNER, J.; AVERY-PECK, A. J. (2005). Altruism in classical Judaism, in: NEUSNER, J.; CHILTON, B. (eds.). *Altruism In world religions*. Washington: Georgetown University Press, pp. 31-52.
- NEUSNER, J.; CHILTON, B. (eds.). (2005). *Altruism in world religions*. Washington: Georgetown University Press, pp. 31-52
- OMAN, D.; THORESEN, C. E.; MCMAHON, K. (1999). Volunteerism and mortality among the community dwelling elderly. *Journal of Health Psychology*, 4(3), pp. 301-316.
- POST, S. (2008). Good to be good: health and the generous heart. *Works of Love E-Newsletter*, Jan. 1, pp. 1-24.
- POTASZNIK, H.; NELSON, G. (1984). Stress and social support: the burden experienced by the family of a mentally ill person. *American Journal of Community Psychology*, 12, pp. 589-607.
- REINHARD, S. C.; HORWITZ, A. V. (1995). Caregiver burden: differentiating the content and consequences of family caregiving. *Journal of Marriage and the Family*, 57, pp. 741-750.
- ROBINSON, R. (Trad.). (1954). *Chinese Buddhist verse*. London: John Murray.
- LEWIS, T. (2005). Altruism in classical Buddhism. In: NEUSNER, J.; CHILTON, B. (eds.). *Altruism in world religions*. Washington: Georgetown University Press, pp. 88-114.
- SAINT-EXUPÉRY, A. de (2002). *A guide for grown-ups: essential wisdom from the collected works of Antoine de Saint-Exupéry*. San Diego: Harcourt.
- SCHUMANN, H. W. (1973). *Buddhism: an outline of its teachings and schools*. (Trad.: G. Feuerstein). Wheaton: Quest Books.
- SCHWARTZ, C.; MEISENHELDER, J. B.; MA, Y.; REED, G. (2003). Altruistic social interest behaviors are associated with better mental health. *Psychosomatic Medicine*, 65, pp. 778-785.
- SHIH, H.-C. (1994). *The sutra on Upasaka precepts*. Berkeley: Numata Center for Buddhist Translation and Research. Apud: LEWIS, T. (2005). Altruism in classical Buddhism. In: NEUSNER, J.; CHILTON, B. (eds.). *Altruism in world religions*. Washington: Georgetown University Press, pp. 88-114.
- SMITH, H. (1991). *The world's religions: our great wisdom traditions*. San Francisco: HarperSanFrancisco.
- STEFFEN, P. R.; MASTERS, K. S. (2005). Does compassion mediate the religion-health relationship? *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), pp. 217-224.
- THOMSON Jr., E. H.; DOLL, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family Relations*, 31, pp. 379-388.
- UNSON, C.; MAHONEY-TRELLA, P.; CHOWDHURY, S. (2004). Older African-American women's strategies for living long and healthy lives. Paper presented at the Annual Meeting of the International Communication Association, New Orleans, Louisiana. Disponível em: <<http://www.allacademic.com/meta/p113094Index.html>>. Acesso em: 7 set. 2007.
- ZARSKI, J. J.; BUBENZER, D. L.; WEST, J. D. (1986). Social interest, stress, and the prediction of health status. *Journal of Consulting Development*, 64, pp. 386-389.
- Sugestões para aprofundamento da Leitura
- BEARD, J. J.; GILLESPIE, P. (2002). *Nothing to hide: mental illness in the family*. New York: New Press.

- KARP, D. A. (2001). *The burden of sympathy: how families cope with mental illness*. New York: Oxford University Press.
- KURTZ, L. F. (1990). The self help movement: review of the past decade of reseattcti. *Social Work with Groups: a Journal of Community and Clinical Practice*, 13(3), pp. 101-115.
- KYROUZ, E. H.; HUMPHREYS, K.; LOOMIS, C. (2002). A review of research on llueffectiveness of self-help mutual aid groups. In: WHITE, B. J.; MADARA, I I (eds.). *The self-help group sourcebook: your guide to community and online support*. 7, ed. Denville; American Self-Help Clearinghouse, Department of St. Clares Health Services, pp. 71-85.
- I'OST, S.; NEWMARK, J. (2007). *Why good things happen to good people*. New York: Broadway Books.
- SALAMON, J. (2003). *Rambam's ladder: a meditation on generosity and why it is necessary to give*. New York: Workman Publishing. (Ed. bras.: *A escada de Rombam. Meditando sobre a generosidade e por que é necessário se doar*. São Paulo: Best Seller).
- Cap 9
- BONANNO, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), pp. 20-28.
- BOSS, P. (1999). *Ambiguous loss', learning to live with unresolved grief*. Cambridge: Harvard University Press.
- BOSTWICK, J. M.; PANKRATZ, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 1925-1932.
- BOYCE, M. (2001). *Zoroastrians: their religious beliefs and practices*. London: Routledge.
- BRESLAU, N.; CHILCOAT, H. D.; KESSLER, R. C.; PETERSON, E. L; LUCIA, V. C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: further speeifications of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29, pp. 813-821.
- BUCKLEY, M. R.; THORNGREN, J. M.; KLEIST, D. M. (1997). Family resiliency: a neglected family construct. *The family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 5(3), pp. 241 -246.
- CANDA, E. R. (1988). Spirituality, religious diversity, and social work practice. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 69(4), pp. 238-247.
- CLARK, D. C.; GOEBEL-FABBRI, A. E. (1999). Lifetime risk of suicide in major affective disorders. In: JAC0BS, D. G. (ed.). *Guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, pp. 270-286.
- COLLINS, D. L; BAUM, A.; SINGER, J. E. (1983). Coping with chronic stress at Three Mile Island: psychological and biochemical evidence. *Psychology*, 2, pp. 149- 166.
- EHLERS, A.; BOOS, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political Imprisonment: the role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, pp. 45-55.
- ELIOT, George. (2002). *The mill on the Floss*. New York: Penguin. (Ed. bras.: *O moinho do rio Floss*. Rio de Janeiro: José Olympic, 1945.)
- FERGUSSON, D. M.; BEAUTRAIS, A. L; NORWOOD, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33, pp, 61-73.

- FERGUSON, D. M.; LYNSKEY, M. T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(3), pp. 281-292.
- LOWLER, J. W. (1981). *Stages of faith: the psychology of human development and the quest for meaning*. San Francisco: Harper and Row.
- (IRWIN, B. L.; GRACE, M. C.; GLEESER, G. (1985). Identifying survivors at risk: long-term impairment following the Beverly Hills Supper Club fire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, pp. 672-678.
- CRIBBLE, P. A.; COWEN, E. L.; WYMAN, P. A.; WORK, W. C.; WANNON, M.; RAOOF, A. (1993). Parent and child views of parent-child relationship qualities and resilient outcomes among urban children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, pp. 507-520.
- HALDEMAN, D. E.; BAKER, S. B. (1992). Helping female adolescents prepare to cope with irrational thinking via preventive cognitive self-instruction training. *Journal of Primary Prevention*, 13, pp. 161-169.
- HAQUIN, A. (2006). The liturgical movement and Catholic ritual revision. In: WAINWRIGHT, G.; WESTERFIELD TUCKER, K. B. (eds.). *The Oxford history of Christian worship*. New York: Oxford University Press, pp. 696-720.
- HERRENKOHL, E. C.; HERRENKOHL, R. C.; EGOLE, B. (1994). Resilient early school-age children from maltreating homes: outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, pp. 301-309.
- HESSE, H. (2002). *Siddharta*. (Trad. S. C. Cohn). Boston: Shambala. (Ed. bras.: Sidarta. 52. ed. rev. Rio de Janeiro: Record, 2009).
- INGERSOLL, R. E. (1994). Spirituality, religion, and counseling: dimensions and relationships. *Counseling and Values*, 38(2), pp. 98-111.
- JOSEPH, M. V. (1988). Religion and social work practice. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 69(7), pp. 443-452.
- KANDEL, E.; MEDNICK, S. A.; KIRKEGAARD-SORENSEN, L.; HUTCHINGS, B.; KNOP, J.; ROSENBERG, R. et al. (1988). IQ as a protective factor for subjects at high risk for antisocial behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 224-226.
- KOVACS, M.; GOLDSTON, D.; GATSONIS, C. (1993). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, pp. 8-20.
- LATCHAM, R. W. (1981). Family alcoholism: evidence from 237 alcoholics. *British Journal of Psychiatry*, 147, pp. 54-57.
- LINDEMAN, M.; SAARI, S.; VERKASALO, M.; PRYTZ, H. (1996). Traumatic stress and its risk factors among peripheral victims of the M/S Estonia disaster. *European Psychology*, 1, pp. 255-270.
- LOUE, S.; SAJATOVIC, M. (2006). Spirituality, coping, and HIV risk and prevention in a sample of severely mentally ill Puerto Rican women. *Journal of Urban Health*, 83(6), pp. 1168-1182.
- MAKARUTH Jr., P. A. (1975). The symbolism of the flood in Eliot's *Mill on the Floss*. *Studies in the Novel*, 7(2), pp. 298-300.
- MARTOS, J. (2005). Sacraments. In: BOWDEN, J. (ed.). *Encyclopedia of Christianity*. New York: Oxford University Press, pp. 1060-1071.

- MASTEN, A. S.; GARMEZY, N.; TELLEGEN, A.; PELLEGRINI, D. S.; LARKIN, K.; I ARM N, A. (1988). Competence and stress in school children: the moderating effect of individual and family factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, pp. 745-764.
- MATHEW, R. J.; GEORGI, J.; WILSON, W. H.; MATHEW, V. G. (1996). A retrospective study of the concept of spirituality as understood by recovering individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, pp. 67-73.
- MITCHELL, L.; ROMANS, S. (2003). Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *Journal of Affective Disorders*, 75, pp. 247-257.
- O'NEILL, D. P.; KENNY, E. K. (1998). Spirituality and chronic illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(3), 275-280.
- REDL, F. (1969). Adolescents - just how do they react? In: CAPLAN, G.; LEBOVICI, S. (eds.). *Adolescence: psychosocial perspectives*. New York: Basic Books.
- RICHARDSON, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), pp. 307-321.
- SEEMAN, M. V. (1986). Current outcome in schizophrenia: women versus men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, pp. 609-617.
- SEIFER, R.; SAMEROFF, A. J.; BALDWIN, C. P.; BALDWIN, A. (1992). Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, pp. 893-903.
- TEPPER, L.; ROGERS, S. A.; COLEMAN, E. M.; MALONY, H. N. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 52(5), pp. 660-665.
- TITONE, A. (1991). Spirituality and psychotherapy in social work practice. *Spirituality and Social Work Communicator*, 2(1), pp. 7-9.
- WARFIELD, R. D.; GOLDSTEIN, M. B. (1996). Spirituality: the key to recovery from alcoholism. *Counseling and Values*, 40, pp. 196-205.
- WAH, N. F.; DAVID, J. P.; LADD, K. L.; SHAMOS, S. (1995). The life course of psychological resilience: a phenomenological perspective on deflecting life's slings and arrows. *Journal of Primary Prevention*, 15, pp. 209-246.
- WATT, D. C.; KATZ, K.; SHEPARD, M. (1983). The natural history of schizophrenia: a five year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenia by means of a standardized clinical and social assessment. *Psychological Medicine*, 13, pp. 663-670.
- WERNER, E. (1989). High risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, pp. 72-81.
- YEHUDA, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, pp. 34-39.
- YI IIIIDA, I.; McFARLANE, A. C.; SHALEV, A. Y. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*, 44, pp. 1305-1313.
- Sugestões para aprofundamento da Leitura
- GILBERT, S. M. (2006). *Death's door: modern dying and the way we grieve*. New York: W. W. Norton & Company.
- KOENIG, E. G. (ed.). (1998). *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Academic Press.

KOENING, H. G.; McCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.

LEVINE, P. A. (1997). *Waking the tiger: healing trauma*. Berkeley: North Atlantic Books.

POST, S. G. (2002). *The moral challenge of Alzheimer disease*. 2. ed. Baltimore: Johns Elopkins University Press.

VASTERLING, J. J.; BREWIN, C. R. (eds.). (2005). *Neuropsychology of PTSD: biological, cognitive, and clinical perspectives*. New York: Guilford Press.

Cap 10

AUSTIN, J.; DANKWORT, J. C. (1994). Standards for batterer programs: a review and analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(2), pp. 152-168.

BEGLEY, C. E.; ANNEGERS, J. F.; SWANN, A. C.; LEWIS, C.; COAN, S.; SCHNAPP, L. B. et al. (2001). The lifetime cost of bipolar disorder in the US: an estimate for new cases in 1998. *Pharmacoeconomics*, 19, pp. 483-495.

BERTALANFFY, L V. (1968). *General systems theory, foundation, development, application*. New York: George Braziller. (Ed. bras.: *Teoria geral dos sistemas: fundamento, desenvolvimento e aplicação*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.)

BLOCH, S.; SINGH, B. S. (1997). *Understanding troubled minds: a guide to mental illness and its treatment*. Melbourn: Melbourne University Press.

BYBEE, D.; MOWBRAY, C. T; OYSERMAN, D.; LEWANDOWSKI, L. (2006). Variability in community functioning of mothers with serious mental illness. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 30(3), pp. 269-289.

CATHOLIC CULTURE. (2008). Jesse tree. Disponível em: <<http://www.catholicculture.org/liturgicalyear/activities/view.cfm?id=956>>. Acesso em: 22 fev. 2008.

COLOM, F; VIETA, E.;TACCI, M.J.;SANCHES-MORENO,J.; SCOTT, J. (2005). Identifyirui and improving non-adherence in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, /(!> suplem.), pp. 24-31.

DUTTON, D, G.; GOLANT, S. K. (1995). *The batterer: a psychological profile*. New York: Basic Books.

ELGOOD, H. (1999). *Hinduism and the religious arts*. London: Cassell.

FELDER, R.; VICTOR, B. (1996). *Getting away with murder: weapons for Ifir w.ii against domestic violence*. New York: Simon and Schuster.

IM

(il YNN, S. M.; COHEN, A. M.; DIXON, L. B.; NIV, N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), pp. 451-463.

GONDOLF, E. W.; RUSSELL, D. (1986). The case against anger control treatment programs for batterers. *Response*, 9, pp. 2-5.

HALL, M. P. (2003). *The secret teachings of all ages: an encyclopedic outline of Masonic, Hermetic, Qabbalistic and Rosicrucian symbolical philosophy*. New York: Jeremy P. Tarcher/Penguin.

IVEY, A. E. (1998). Community genogram: identifying strengths. In: ROSENTHAL, H. G. (ed.). *Favorite counseling and therapy techniques: 51 therapists share their most creative strategies*. New York: Brunner-Routledge.

- IYENGAR, B. K. S. (2002). *The tree of yoga*. Boston: Shambala. (Ed. bras.: *A árvore da yoga*. São Paulo: Giobo, 2001).
- JOHNSON, S. L.; MEYER, B.; WINNETT, C.; SMALL, J. (2000). Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *Journal of Affective Disorders*, 58(1), pp. 79-86.
- KIRSCHENBAUM, H.; HENDERSON, V. (eds.). (1989). *The Carl Rogers reader*. Boston: Houghton Mifflin.
- LANKEVICH, G. J. (2002). *The wit and wisdom of the Talmud: proverbs, sayings, and parables for the ages*. Garden City Park: Square One Classics.
- LIEBERMAN, J. A.; STROUP, T. S.; McEVOY, J. P.; SWARTZ, M. S.; ROSENHECK, R. A.; PERKINS, D. O. et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353(12), pp. 1209-1223.
- LINGAM, R.; SCOTT, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(3), pp. 164-172.
- MASLOW, A. H. (1970). *Motivation and personality*. 2. ed. New York: Harper Et Row.
- MIKLOWITZ, D. J.; GOLDSTEIN, M. J. (1990). Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behavior Modification*, 14, pp. 457-489.
- NOVAK, P. (1994). *The world's wisdom: sacred texts of the world's religions*. New York: HarperCollins.
- OSTERBERG, L.; BLASCHKE, L. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353, pp. 487-497.
- PERLICK, D. A.; ROSENHECK, R. A.; KACZYNSKI, R.; KOZMA, L. (2004). Medication non-adherence in bipolar disorder: a patient-centered review of research findings. *Clinical Approaches in Bipolar Disorders*, 3, pp. 56-64.
- PESCOSOLIDO, B. A.; GARDNER, C. B.; LUBELL, K. M. (1998). How people get into mental health services: stories of choice, coercion and "muddling through" from "first time". *Social Science Et Medicine*, 46(2), pp. 275-286.
- RIGAZIO-DIGILIO, S. A.; IVEY, A. E.; KUNKLER-PECK, K. P.; GRADY, L. T. (2005). *Community genograms: using individual, family, and cultural narratives with clients*. New York: Teachers College Press.
- ROBBINS, S. P.; CHATTERJEE, P.; CANDA, E. R. (1998). *Contemporary human behavior theory, a critical perspective for social work*. Boston: Allyn and Bacon.
- ROGERS, N. (2001). Person-centered expressive arts therapy: a path to wholeness. In: RUBIN, J. A. (ed.). *Approaches to art therapy, theory and technique*. New York: Brunner-Routledge. pp. 163-177.
- SAINT-EXUPÉRY, A. de (2002). *A guide for grown-ups: essential wisdom from his collected works of Antoine de Saint-Exupéry*. San Diego: Harcourt.
- SATIR, V. (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- . (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- SCHUMANN, H. W. (1973). *Buddhism: an outline of its teachings and schools*. (Trad.: Q. Fuerstein). Wheaton, IL: Quest Books.
- SMITH, H. (1991). *The world's religions: our great wisdom traditions*. San Francisco: HarperSanFrancisco. (Ed. bras.: *As religiões do mundo: nossas grandes tradições de*

sabedoria. São Paulo: Cultrix, 2001.)

SNELLING, J. (1991). *The Buddhist handbook: a complete guide to Buddhist schools, teaching, practice, and history*. New York; Barnes & Noble Books.

TORREY, E. F.; KNABLE, M. B. (2002). *Surviving manic depression: a manual on bipolar disorder for patients, families and providers*. New York: Basic Books.

Sugestões para aprofundamento da leitura

CAPACCHIONE, L. (1988). *The power of your other hand: a course in channeling the inner wisdom of the right brain*. North Hollywood: Newcastle Publishing.

. (2000). *Visioning: ten steps to designing the life of your dreams*. New York:

Jeremy P. Tarcher/Putnam.

SCHWARTZ, R. C. (1995). *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press. STEIN, M. (ed.). (1995). *Jung on evil*. Princeton: Princeton University Press.

WALSH, F. (ed.). (1999). *Spiritual resources in family therapy*. New York: Guilford Press.

ZIMBARDO, P. (2007). *The Lucifer effect: understanding how good people turn evil*. New York: Random House, Inc.

Cap 11

ASPINWALL, L. G.; STAUDINGER, U. M. (2003). *A psychology of human strengths: some central issues of an emerging field*. In: ASPINWALL, L. G.; STAUDINGER, U. M. (eds.). *A psychology of human strengths: fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington: APA Books, pp. 9-22.

BRAVO, M. (1989). *Las redes de apoyo social y las situaciones de desastre: estudio de la población adulta en P. R. Rio Piedras*. University of Puerto Rico.

BRUHN, A. R. (1990). *Cognitive-perceptual theory and the projective use of autobiographical memory*. *Journal of Personality Assessment*, 55, pp. 95-114.

COWGER, C. D. (1994). *Assessing client strengths: clinical assessment for client empowerment*. *Social Work*, 39, pp. 262-268.

COWLEY, G.; SPRINGER, K. (1995, 17 abr). *Rewriting life stories*. *Newsweek*, pp. 70-74.

DEJONG, P.; MILLER, S. D. (1995). *How to interview for client strengths*. *Social Work*, 40, pp. 729-736.

DE SHAZER, S.; BERG, I. K. (1992). *Doing therapy: a post-structural re-vision*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, pp. 71-81.

FENNIG, S.; CRAIG, T. J.; LAVELLE, J.; KOVASZNAI, B.; BROMET, E. J. (1994). *Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis*. *Comprehensive Psychiatry*, 35, pp. 341-348.

FENNIG, S.; CRAIG, T. J.; TANENBERG-KARAN, M.; BROMET, E. J. (1994). *Comparison of facility and research diagnoses in first-admission psychotic patients*. *American Journal of Psychiatry*, 151, pp. 1423-1429.

FREDERICKSON, B. L. (2001). *The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions*. *American Psychologist*, 56, pp. 218-226.

GABLE, S. L.; HAIDT, J. (2005). *What (and why?) is positive psychology? Review of General Psychology*, 9, pp. 103-110.

- GERGEN, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.
- GIL, A. G.; VEGA, W. A.; DIMAS, J. (1994). Acculturative stress and personal adjustment among hispanic adolescent boys. *Journal of Community Psychology*, 22, pp 43-54.
- GILLHAM, J. E.; SELIGMAN, M. E. (1999). Footsteps on the road to positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, pp. S163-S173.
- GILLESPIE, N.; MOYNIHAN, D. P. (1963). *Beyond the melting pot*. Cambridge: Harvard-Mil Press.
- KILPATRICK, C. L. M.; LOPEZ, S. J. (2002). Toward a science of mental health: positive directions in diagnosis and interventions. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (eds.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 45-59.
- LAKOFF, G.; JOHNSON, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- LOPEZ, S. J.; FLOYD, R. K.; ULVEN, J. C.; SNYDER, S. R. (2000). Hope therapy: helping clients build a house of hope. In: SNYDER, C. R. (ed.). *Handbook of hope: theory, measures, and interventions*. San Diego: Academic Press, pp. 123-150.
- LYUBOMIRSKY, S.; TKACH, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. In: PAPERGEORGIOU, C.; WELLS, A. (eds.). *Rumination: nature, theory, and treatment of negative thinking in depression*. Chichester: Wiley, pp. 21-41.
- MARIN, G.; MARIN, B. V. (1991). *Research with hispanic populations*. Newbury Park: Sage Publications.
- MEYER, G. J. (1996). The Rorschach and MMPI: toward a more scientifically differentiated understanding of cross-method assessment. *Journal of Personality Assessment* 67, pp. 558-578.
- MOXLEY, D. P. (1997). Clinical social work in psychiatric rehabilitation. In: BRANDELL, J. R. (ed.). *Theory and practice in clinical social work*. New York: Free Press, pp. 618-661.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (2003). *Women who think too much: how to break free of overthinking and reclaim your life*. New York: Henry Holt.
- PERRY, J. C. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 1645-1653.
- PILKONIS, P. A.; HEAPE, C. L.; PROIEHI, J. M.; CLARK, S. W.; McDAVID, J. D.; PITTS, T. E. (1995). The reliability and validity of two structured diagnostic interviews for personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, pp. 1025-1033.
- PINKER, S. (2007). *The stuff of thought: language as a window into human nature*. New York: Viking.
- SABOGAL, R.; MARIN, G.; OTERO-SABOGAL, R.; MARIN, B. V.; PEREZ-STABLE, E. J. (1987). Hispanic familism and acculturation: what changes and what doesn't. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9, pp. 397-412.
- SALGADO DE SNYDER, N.; PADILLA, A. M. (1987). Social support networks: their availability and effectiveness. In: GAVIRIA, M.; ARANA, J. (eds.). *Health and behavior: research agenda for hispanics*. Chicago: University of Illinois at Chicago, pp. 93-107. (The Simón Bolívar Research Monograph Series n. 1.)
- SEIDEN, H. M. (2004). On the "music of thought": the use of metaphor in poetry and psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 21, pp. 638-644.

- SELIGMAN, M. E. P. (2002). *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (eds.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 3-9.
- SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). *Positive psychology in introduction*. *American Psychologist*, 55, pp. 5-14.
- SNYDER, C. R.; RAND, K. L.; SIGMON, D. R. (2002). *Hope theory: a review of the positive psychology family*. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (eds.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 257-276.
- STEINER, J. L.; TEBES, J. K.; SLEDGE, W. H.; WALKER, M. L. (1995). *A comparison of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R and clinical diagnoses*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, pp. 365-369.
- TRIANDIS, H. C.; MARIN, G.; BETANCOURT, H.; LISANSKI, J.; CHANG, B. (1982). *Dimensions of familism among hispanic and mainstream navy recruits*. Technical Report N. 14, Department of Psychology. Champaign: University of Illinois. Apud: SORIANO, F. I. (1993). *AIDS and intravenous drug use among hispanics in the U.S.: considerations for prevention efforts*. In: MAYERS, R. S.; KAIL, B. L.; WATTS, T. D. (eds.). *Hispanic Substance Abuse*. Springfield: Charles C. Thomas, pp. 131-144.
- VALENZUELA, S. M.; DORNBUSCH, S. M. (1994). *Familism and social capital in the academic achievement of Mexican origin and Anglo adolescents*. *Social Science quarterly*, 75, pp. 18-36.
- VEGA, W. A.; ZIMMERMAN, R. S.; WARHEIT, G. J.; APOSPORI, E.; GIL, A. G. (1993). *Risk factors for early adolescence drug use in racial/ethnic groups*. *American Journal of Public Health*, 83, pp. 185-189.
- WONG, Y. J. (2006). *The future of positive therapy*. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 43, pp. 151-153.
- WRIGHT, B. A.; LOPEZ, S. J. (2002). *Widening the diagnostic focus: a case for including human strengths and environmental resources*. In: SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (eds.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 26-44.
- Sugestões para aprofundamento da leitura
- BLUMER, H. (1969). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California Press.
- COMBS, A. W.; SNYGG, D. (1959). *Individual behavior: a perceptual approach to behavior*. New York: Harper & Row.
- CSORDAS, T. J. (ed.). (1994). *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DAMASIO, A. (1994). *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. New York: Penguin Books.
- SIEGEL, D. J. (2007). *The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W. W. Norton & Company.
- Cap 12
- BORDIN, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy*, 16, pp. 252-260.
- CONSTANTINO, G.; MALGADY, R. Q.; ROGLER, L. H. (1986). *Cuento therapy: a culturally sensitive modality for Puerto Rican children*. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology, 54, pp. 639-645.
- DREWERY W.; WINSLADE, J. (1997). *The theoretical story of narrative therapy*. In: MONK, G.; WINSLADE, G.; CROCKET, K.; EPSTON, D. (eds.). *Narrative therapy in practice: the archaeology of hope*. San Francisco: Jossey-Bass. pp. 32-52.
- ELLIS, A. (1991). *The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET)*. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), pp. 139-172.
- . (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: a comprehensive method of treating human disturbances* (rev. ed.). Secaucus: Birch Lane Press.
- GARDNER, R. A. (1993). *Storytelling in psychotherapy with children*. Northvale: Jason Aronson, Inc.
- (HOLLOMAN, C.; CARTER, J. (1994). *Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment*. *Journal of Counseling Psychology*, 41, pp. 296-306.
- (IRWIN, K. A.; THURSTON, R.; RUMBLE, M.; WATERS, S. J.; KEEFE, F. J. (2003). *Anger and persistent pain: current status and future directions*. *Pain*, 103, pp. 1-5.
- HORVATH, A.; SYMONDS, D. (1991). *Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis*. *Journal of Counseling Psychology*, 38, pp. 139-149.
- INGRAM, R. E.; KENDALL, P. C. (1986). *Cognitive clinical psychology: implications of an information processing perspective*. In: INGRAM, R. E. (ed.). *Information processing approaches to clinical psychology*. New York: Academic Press, pp. 4-21.
- JOHNSON, A. C. (1995). *Resiliency mechanisms in culturally diverse families*. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 3(4), pp. 316-324.
- MALGADY, R. G.; ROGER, L. H.; CONSTANTINO, G. (1990). *Hero/heroine modeling for Puerto Rican adolescents: a preventive mental health intervention*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, pp. 469-474.
- MARRA, T. (2005). *Dialectical behavior therapy in private practice: a practical and comprehensive guide*. Oakland: New Harbinger Publications.
- MAULTSBY, M. C. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- McKAY, M.; WOOD, J. C.; BRANTLEY, J. (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance*. Oakland: New Harbinger Publications.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Prentice Hall.
- MONK, G. (1977). *How narrative therapy works*. In: MONK, G.; WINSLADE, G.; CROCKET, K.; EPSTON, D. (ed.). *Narrative therapy in practice: the archaeology of hope*. San Francisco: Jossey-Bass. pp. 3-31.
- O'HANLON, W.; WEINER-DAVIS, M. (1989). *In search of solutions: a new direction in psychotherapy*. New York: Norton.
- RUBIN, J. A. (2001). *Approaches to art therapy, theory and technique*. 2. ed. New York: Brunner-Routledge.
- RUSH, A. J.; BECK, A. T. (1978). *Adults with affective disorders*. In: HERSEN, M.; BELLACK, A. S. (eds.). *Behavior therapy in the psychiatric setting*. Baltimore: Williams Et Wilkins, pp. 286-330.

- TOMM, K. (1987). *Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist*. *Family Process*, 26, pp. 3-13.
- WESSLER, R. L. (1984). *Alternative conceptions of rational-emotive therapy: toward a philosophically neutral psychotherapy*, in: REDA, M. A.; MAHONEY, M. J. (eds.). *The cognitive psychoterapies: recent developments in theory, research, and practice*. Cambridge: Ballinger, pp. 65-79.
- WHITE, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton Et Corn[any].
- Sugestões para aprofundamento da Leitura
- BECK, A.T. (1976). *Cognitivetherapy and the emotional disorders*. New York: Penguin Books.
- MUTH, J. J. (2005). *Zen shorts*. New York: Scholastic Press.
- ORSILLO, S. M.; ROEMER, L. (eds.). (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment*. New York: Springer.
- SAINT-EXUPÉRY, A. de (1997). *The little Prince*. San Diego: Harcourt. (Ed. bras.: *O pequeno príncipe*. 48. ed. Rio de Janeiro: Agir, 2000. Tradução de Dom Marcos Barbosa.)
- SCHRAM, P. (1998). *Ten classic Jewish children's stories*. New York: Pitspopany.
- TATAR, M. (Ed.). (2004). *The annotated brothers Grimm*. New York: W. W. Norton Et Company.
- RUBIN, J. A. (2005). *Artful therapy*. New York: John Wiley Et Sons.

Notas

[← 1]

- A Emenda de Igualdade de Direitos [Equal Rights Amendment] foi uma emenda proposta à Constituição dos Estados Unidos. Escrita originalmente em 1923 por Alice Paul, não foi aceita pelo Congresso. Em 1972 foi reapresentada e, embora tivesse sido aprovada pela Câmara de Representantes e pelo Senado, depois de dez anos de debates, não foi ratificada pelas Câmaras Legislativas dos Estados em tempo hábil para ser adotada. (N.E.)

[← 2]

- "Designação de um objeto ou qualidade mediante uma palavra que designa outro objeto ou qualidade que tem com o primeiro uma relação de semelhança", segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2009) (N.E.).

[← 3]

- Cristãos que creem na presença real de Cristo na Eucaristia, como Católicos e Ortodoxos, consideram tais citações em seu sentido literal, não apenas metafórico.

[← 4]

- Em inglês. Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified - DESNOS.

Sumário

NOTA DA AUTORA

INTRODUÇÃO: ESPIANDO PELA JANELA: POR QUE USAR A METÁFORA?

CAPÍTULO 1. SOPA DE LETRINHAS: DESENVOLVENDO UMA AUTOIMAGEM POSITIVA

DESENVOLVENDO A AUTOESTIMA

A SOPA DE LETRINHAS

USANDO A HISTÓRIA

CAPÍTULO 2. A BICICLETA: COMO APRENDER COM O PASSADO E SEGUIR ADIANTE

DESENVOLVENDO PERSPECTIVAS PARA O FUTURO E HABILIDADES PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS

A HISTÓRIA DA BICICLETA

CAPÍTULO 3. O DONUT: DESCOBRINDO O FOCO

A IMPORTÂNCIA DO FOCO

OBSTÁCULOS PARA O FOCO

Depressão

Ansiedade e transtornos da ansiedade

Transtorno bipolar

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

A METÁFORA

USANDO A METÁFORA

CAPÍTULO 4. FLOCO DE NEVE: ALCANÇANDO A AUTORREALIZAÇÃO

AUTORREALIZAÇÃO

A METÁFORA DO FLOCO DE NEVE

USANDO A METÁFORA

CAPÍTULO 5. O ELEFANTE E OS HOMENS CEGOS: DESCOBRINDO NOVAS PERSPECTIVAS

PAPÉIS E TRANSFORMAÇÃO DE PAPÉIS

A HISTÓRIA DOS HOMENS CEGOS E O ELEFANTE

USANDO A METÁFORA

CAPÍTULO 6. A ESCADA: MEDINDO O CRESCIMENTO

ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO

Estágio 1 - Infância

Estágio 2 - Primeira infância

Estágio 3 - Idade de brincar

Estágio 4 - Idade escolar

Estágio 5 - Adolescência

Estágio 6 - Juventude

Estágio 7 - Vida adulta

Estágio 8 - Velhice

Estágio 9 - Gerotranscendência

A METÁFORA DA ESCADA

USANDO A METÁFORA

CAPÍTULO 7. SIGA A ESTRADA DE TIJOLOS AMARELOS: A BUSCA PELO SELF DESCONHECIDO

O SELF DESCONHECIDO

A METÁFORA D'O MÁGICO DE OZ

USANDO A METÁFORA

CAPÍTULO 8. SOPA DE PEDRA: ALTRUISMO PARA A SAÚDE

A IMPORTÂNCIA DE DOAR-SE AOS OUTROS

A HISTÓRIA DA SOPA DE PEDRA

USANDO A HISTÓRIA

CAPÍTULO 9. O RIO: AJUSTANDO-SE PARA MUDAR

RESILIÊNCIA NA SAÚDE MENTAL: UMA QUALIDADE FUNDAMENTAL

O RIO E SEUS SIGNIFICADOS

USANDO A METÁFORA DO RIO

Identificando características

Identificando e ampliando estratégias

Descobrimos a força interna

CAPÍTULO 10. A ÁRVORE: DESCOBRINDO O SELF, COMPREENDENDO RELACIONAMENTOS

A ÁRVORE: "O CANIVETE SUÍÇO DAS METÁFORAS"

A HISTÓRIA DA ÁRVORE

USANDO A METÁFORA

Usando a árvore para aumentar a autocompreensão e o autodesenvolvimento: a árvore do conhecimento e da iluminação

Usando a árvore para compreender nossas interligações e relacionamentos: a árvore da alimentação

Usando a árvore para visualizar o futuro: a árvore do encantamento

CAPÍTULO 11. FORTALECENDO O ALICERCE: TEORIA BÁSICA

A FINALIDADE DA METÁFORA

POR QUE A METÁFORA FUNCIONA?

Usando uma abordagem baseada em pontos fortes

Psicologia positiva

Teoria cognitivo-perceptiva

CAPÍTULO 12. SAINDO DA PORTA: COMO CRIAR E USAR A METÁFORA PARA CURA, CRESCIMENTO E MUDANÇA

AS ORIGENS DA METÁFORA

USANDO A METÁFORA COM PACIENTES

Como introduzir a metáfora

Quais pacientes podem se beneficiar?

Selecionando a metáfora

INTEGRANDO A METÁFORA NAS MODALIDADES CONVENCIONAIS

Arteterapia

Terapia cognitivo-comportamental

Terapia comportamental dialética

Terapia narrativa

DIREÇÕES FUTURAS

POSFÁCIO

AGRADECIMENTOS

REFERÊNCIAS

SUMÁRIO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Loue, Sana
O poder transformativo da metáfora em terapia : teorias, vivências e sugestões para a prática clínica / Sana Loue ; [tradução Beatriz Aratany Berger].
– São Paulo : Paulinas, 2013. – (Coleção aspectos de psicologia)

Título original: The transformative power of metaphor in therapy.
ISBN 978-85-356-3596-6

1. Metáfora 2. Metáfora - Uso terapêutico 3. Psicoterapia - Métodos
I. Título. II. Série.

13-06890 CDD-616.8914
NLM-WM 420

Índice para catálogo sistemático:

1. Metáfora : Uso terapêutico : Psicoterapia : Medicina 616.8914

Título original da obra: *The Transformative Power of Metaphor in Therapy*
© 2008 by Springer Publishing Company, LLC, New York, NY 10036.

1ª edição – 2013